



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOSÉ DE CLUNY

GANHOS FUNCIONAIS DOS CLIENTES ALVO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO NA RAM: Um Estudo de Caracterização

Graciela Rodrigues da Câmara

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. José de
Cluny para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem de
Reabilitação.**

Funchal, 2020

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO
JOSÉ DE CLUNY**

**GANHOS FUNCIONAIS DOS CLIENTES ALVO DE
CUIDADOS DE REABILITAÇÃO NA RAM:
Um Estudo de Caracterização**

Graciela Rodrigues da Câmara

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. José de
Cluny para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem de
Reabilitação.**

Orientadora: Prof.^a Doutora Bruna Ornelas de Gouveia

Funchal, 2020

Foi o tempo que dedicaste à tua rosa que tornou a tua rosa tão importante.

Antoine de Saint-Exupéry, 2015, p 53.

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, aquele que será sempre, para mim, um dos maiores exemplos de perseverança, luta, trabalho, dedicação e esforço na persecução de todo e qualquer sonho. A sua luz apagou-se apenas para o mundo, porque nunca deixará de brilhar dentro do meu coração. Serei eternamente grata por tudo o que me ensinou e pelo seu contributo ímpar para o meu crescimento, como cidadã do mundo e essencialmente como ser humano. O orgulho que ele hoje sentirá, onde quer que esteja, é a maior recompensa desta árdua jornada.

AGRADECIMENTOS

Começo por endereçar os meus agradecimentos à Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, por ter tornado exequível a realização do primeiro Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na RAM.

O meu agradecimento especial à Prof.^a Doutora Bruna Ornelas de Gouveia por ter aceite ser o meu timão orientador nesta viagem em prol do meu aperfeiçoamento enquanto profissional e ser humano. Agradeço-lhe por se ter transformado tantas vezes num porto de abrigo e, acima de tudo, por me ter ajudado a confiar e a fazer uso das minhas capacidades. Com a brisa da sua mestria, aprendi a voar mais alto e a descobrir o mundo cativante da Investigação em Enfermagem. Ser-lhe-ei eternamente grata por todo o conhecimento que auferi, resultante dos seus ensinamentos e da sua conduta irrepreensível. Mais que uma boa coordenadora, professora e orientadora, sei que levo para a vida uma boa amiga.

Não poderia deixar de agradecer ao Prof. Doutor Élvio Rúbio Gouveia por toda a disponibilidade, empenho, trabalho e dedicação ao nosso projeto de investigação, assim como por toda a sua paciência e calma peculiares e transformadoras de todo o nosso caos em ansiada ordem.

Agradeço a todos os meus colegas de turma que partilharam comigo esta caminhada. Cada um de vós, de forma particular, contribuiu para todo o meu processo de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional ao longo deste trajeto comum.

Ao SESARAM e a todos os clientes e profissionais de saúde que se prontificaram a participar e colaborar neste projeto o meu agradecimento, pois sem cada um de vós não seria possível a realização deste trabalho.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, por todo o apoio manifestado desde a primeira hora e por toda a compreensão demonstrada aquando das minhas imensas ausências físicas e psicológicas.

À minha melhor amiga e “mana do coração” Miriam, por ter sido uma presença contínua ao longo de toda esta jornada e por nunca me ter largado a mão, apesar de todas as contrariedades. “Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas”. Grata por cuidares de mim como ninguém.

E porque os últimos são os primeiros, aos meus queridos afilhados e à minha família, em especial à minha mãe e aos meus irmãos Sandra, Nélcio e Simão. Obrigada por terem acreditado sempre em mim e por terem estado lá a amparar cada queda, a testemunhar cada lágrima e a celebrar cada vitória.

Sou aquilo que sou e cheguei onde cheguei graças a todos vós, GRATA DE CORAÇÃO.

RESUMO

Enquadramento: *Outcomes* advindos da reabilitação são usados como indicadores da qualidade dos cuidados. É limitada a evidência sobre *outcomes* decorrentes dos cuidados de reabilitação (CR) e que avalie sua efetividade ou eficiência.

Objetivos: Caracterizar nível de dependência funcional dos clientes alvo de CR e avaliar ganhos funcionais e a eficácia e eficiência dos Programas de Reabilitação (PR) na RAM. Analisar relação entre a idade e os ganhos funcionais entre dois momentos distintos de avaliação.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo, descritivo e correlacional. Mensuração das variáveis com recurso ao Índice de Barthel (IB), aplicado em dois momentos díspares (IBm1 e IBm2) (n=207) e ao cálculo de três índices de impacto da reabilitação (AFG, RFG e REI) na amostra com \geq sete sessões de reabilitação (n=160).

Resultados: 44% dos utentes encontravam-se em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), 24,2% Cuidados Hospitalares (CH), 16,4% Unidade de Internamento de Longa Duração (UILD) e 15,5% RRCCI. CSP registou menor nível de dependência funcional no IBm1. No IBm2, a RRCCI foi contexto com evolução funcional mais favorável, sendo a maioria da amostra independente. Ganhos funcionais: AFG médio de 30,83 na RRCCI; 18,95 CSP; 10,97 CH e -6,09 nas UILD. RFG médio de 63,14% nas RRCCI, 18,94% CH, 10,42% CSP e -27,09% nas UILD. REI médio de 0,97 nos CSP, 0,78 RRCCI, 0,4 nos CH e -0,15 nas UILD. Nas RRCCI 56,7% dos CR são eficientes e com eficácia elevada, restantes contextos maioritariamente sem eficácia e eficiência. Relação estatisticamente significativa entre o IBm1 e IBm2, nas RRCCI (efeito grande. $r=.60$), nos CSP (efeito médio, $r=0.30$) e nos CH (efeito pequeno, $r=0.03$). Ausência de relação estatisticamente significativa entre idade e aquisição de ganhos funcionais.

Conclusão: A comparação dos *outcomes* dos diferentes contextos da prática permite, aos administradores e gestores, orientar mudanças futuras, e criar sistemas de reabilitação mais fortes e capazes. São necessários mais estudos com rigor científico que permitam comparar resultados, fortalecendo a evidência de suporte à prática da Enfermagem de Reabilitação.

Palavras-chave: Capacidade Funcional, Qualidade, Cuidados de Saúde, Resultados de Reabilitação, Ganhos Funcionais.

ABSTRACT

Background: Disability prevalence demands rehabilitation care (RC). Rehabilitation Outcomes are used as indicators of quality of care. The evidence that compares RC with outcomes, and assesses its effectiveness or efficiency is severely limited.

Aims: Characterize level of functional dependence and Functional Outcomes obtained by the clients who have rehabilitation care in the Autonomous Region of Madeira. Analyze effectiveness and efficiency of rehabilitation programs. Describe a correlation between age and functional gain acquisition and the functional evolution between two different moments of functional evaluation (BIm1 and BIm2).

Methodology: Observacional retrospective, descriptive and correlational study. Measurement of variables using Barthel Index (BI), applied at two different times and calculation of the three rehabilitation Impact Indices: Absolute Functional Gain (AFG), Relative Functional Gain (RFG) and Rehabilitation efficiency index (REI) in the sample with \geq seven rehabilitation sessions (n=160).

Interpretation of results: 44% of the sample was in context of Home Based Care (HBC), 24,2% in Hospital care (HC), 16,4% in Long term inpatient units (LTIU) and 15,5% in inpatient rehabilitation facilities (IRF). HBCs registered lowest level of functional dependency in BIm1, being the majority of the sample (47.3%), independent in BADL. In BIm2, IRF was the context with the most favorable functional evolution, being the majority of the sample (44.1%) independent. Functional Outcomes of the sample: Average AFG of 30,83 in IRF, 18,95 in HBC, 10,97 in HC and -6,09 in LTIU. Average RFG of 63,14% in IRF, 18,94% in HC, 10,42% in HBC and -27,09% in LTIU. Average REI of 0,97 in HBC, 0,78 in IRF, 0,4 in HC and -0,15 in LTIU. In IRF most rehabilitation care (56.7%) is efficient and highly effective, mostly inefficient and inefficient in other contexts. There was a statistically significant relationship between BIm1 and BIm2 in all contexts, except for the LTIU. In IRF the effect was big ($r=.60$). Absence of statistically significant relationship between age and the acquisition of functional outcomes was found.

Conclusion: Comparing the outcomes of different contexts of practice allows administrators and managers to guide future changes, and to create stronger and more capable rehabilitation systems. More studies with scientific rigor are needed to compare results, strengthening the evidence to support the practice of Rehabilitation Nursing.

Keywords: Functional Capacity, Quality of Healthcare, Rehabilitation Outcomes, Functional Outcomes.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária
ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde
AFG – Índice Ganhos Funcionais Absolutos
AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária
APA - *American Psychological Association*
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CR- Cuidados de Reabilitação
DGS – Direção Geral de Saúde
EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ER – Enfermagem de Reabilitação
GCS – Ganhos Clinicamente Significativos
H1 – Hipótese 1
H2 – Hipótese 2
IB – Índice de Barthel
IBm1 – Índice de Barthel da Admissão
IBm2 – Índice de Barthel do Momento de Colheita de Dados
IDNR – *Identification Number*
IIR – Índices de Impacto da Reabilitação
INE - Instituto Nacional de Estatística
MIF – Medida de Independência Funcional
MRFS - *Montebello Rehabilitation Factor Score*
NREM - *The Nursing Role Effectiveness Model*
ODDH - Observatório da Deficiência e Direitos Humanos
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PI – Investigador Principal
PR – Programa de Reabilitação
RAM – Região Autónoma da Madeira
REI – Índice de Eficiência da Reabilitação
RFG – Índice Ganhos Funcionais Relativos

RRCCI – REDE Regional de Cuidados Continuados Integrados

SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

SPRM- *Section of Physical and Rehabilitation Medicine*

STROBE - *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology*

UILD – Unidade de Internamento de Longa Duração

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	22
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	26
1. REABILITAÇÃO NOS SISTEMAS DE SAÚDE.....	27
1.1. Enfermagem de Reabilitação	29
2. FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADE.....	31
2.1. Prevalência da Incapacidade e Deficiência	34
3. CAPACIDADE FUNCIONAL.....	36
4. QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE.....	38
4.1. Modelo de Efetividade dos Cuidados de Enfermagem (<i>Nursing Role Effectiveness Model</i>)	40
5. OUTCOMES.....	44
5.1. Ganhos Funcionais.....	46
5.1.1. Fatores que influenciam os ganhos funcionais	47
5.2. Ganhos Funcionais e sua Relevância Clínica	53
5.3. Avaliação dos Ganhos Funcionais	55
5.3.1. Índice de Barthel	56
5.3.1.a. Índices de Impacto da Reabilitação	58
6. REVISÃO DE LITERATURA: GANHOS FUNCIONAIS COM RECURSO AOS ÍNDICES DE IMPACTO DA REABILITAÇÃO	60
CAPÍTULO II- ESTUDO EMPÍRICO.....	67
1. METODOLOGIA	68
1.1. Desenho do Estudo	68
1.2. Questões de Investigação	68
1.3. População e Amostra	69
1.4. Identificação e Operacionalização das Variáveis em Estudo	69
1.5. Instrumentos de Colheita de Dados	70

1.5.1. Índice de Barthel.....	71
1.5.1.a. Índices de Impacto da Reabilitação	72
1.6. Procedimentos.....	73
1.7. Considerações Éticas	74
1.8. Processamento dos Dados.....	75
1.9. Tratamento Estatístico	76
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	77
2.1. Análise Descritiva.....	77
2.1.1. Apuramento da População e Amostra do Estudo	77
2.1.2. Caracterização da Amostra do Estudo	78
2.1.3. Caracterização de Acordo com os Contextos da Prática	79
2.2. Análise Inferencial.....	88
2.2.1. Relação Entre a Capacidade Funcional do Momento da Admissão e do Momento da Colheita de Dados	88
2.2.2. Relação entre Idade e Aquisição de Ganhos Funcionais Absolutos.....	90
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	92
3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	92
3.2. Caracterização dos Cuidados de Reabilitação	92
3.3. Caracterização do Nível de Dependência Funcional da Amostra	94
3.4. Caracterização dos Ganhos Funcionais alcançados pela amostra	96
3.5. Relação entre a capacidade funcional do momento da admissão e do momento da colheita de dados.....	104
3.6. Relação entre os Ganhos Funcionais e a Idade.....	105
CONCLUSÃO	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	112

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1- Caracterização Sociodemográfica da Amostra	79
Tabela 2 - Distribuição da Amostra por Contextos da Prática.....	79
Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo a Idade, Tempo de Seguimento pelo EEER e N° de Sessões Semanais de Reabilitação, por contextos da prática	80
Tabela 4 - Distribuição da Amostra por Motivo de Seguimento pelo EEER, por contextos da prática	81
Tabela 5 - Distribuição da Prestação de Cuidados de Reabilitação por Profissional, por contextos da prática.....	82
Tabela 6 - Classificação do Nível de Dependência, tendo em conta o Score Total do Índice de Barthel da Admissão (IBm1) e do Índice de Barthel Momento de Colheita de Dados (IBm2).....	83
Tabela 7 - Ganhos Funcionais Absolutos da amostra, por contextos da prática.....	84
Tabela 8 - Ganhos Clinicamente Significativos com base no cálculo do Índice de Ganhos Funcionais Absolutos, por contextos da prática	85
Tabela 9 - Eficácia dos Cuidados de Reabilitação, com base no Cálculo dos Ganhos Funcionais Relativos, por contextos da prática	85
Tabela 10 - Ganhos Clinicamente Significativos, com base no cálculo do Índice de Ganhos Funcionais Relativos, por contextos da prática.....	86
Tabela 11 - Classificação dos Ganhos Funcionais Relativos, de acordo com os 4 Grupos de Eficácia da Reabilitação, por contextos da prática	87
Tabela 12 - Eficiência dos Cuidados de Reabilitação, Cálculo do Índice de Eficiência da Reabilitação, por contextos da prática	87
Tabela 13 - Ganhos Clinicamente Significativos com base no cálculo do Índice de Eficiência da Reabilitação.....	88
Tabela 14 - Correlações bivariadas de Spearman entre os Ganhos Funcionais Absolutos (AFG) e a Idade do cliente.....	91

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1 – Ciclo de reabilitação -“The Rehab-CYCLE”	28
Figura 2 - Modelo Concetual da CIF	32
Figura 3- Modelo de eficácia do papel de Enfermagem- “The Nursing Role Effectiveness Model”	42
Figura 4 - Pontes de Corte Índice de Barthel	72
Figura 5 - Fluxograma de Apuramento da amostra do Estudo	78
Figura 6 - Evolução Funcional, com base nos valores Medianos do IBm1 e do IBm2, por contexto da prática da amostra com> sete sessões de reabilitação	90

INTRODUÇÃO

O presente estudo de investigação desenvolveu-se no âmbito da Unidade Curricular Dissertação de Natureza Científica, do 3º semestre, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, lecionado na Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria e a Escola Superior de Enfermagem Montalvão Machado, com vista à obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Integrou o projeto de investigação intitulado “Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização”, desenvolvido pelos mestrandos do curso em epígrafe, sob a coordenação da Investigadora Principal (PI): Prof^a. Doutora Bruna Ornelas de Gouveia.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece as deficiências e incapacidades como um problema de saúde pública, por serem potenciadoras de dificuldades e perturbadoras da funcionalidade, assumindo um grande impacto sobre a vida de uma pessoa (World Health Organization (WHO), 2011).

A dependência funcional, caracterizada pela necessidade de assistência na realização de uma ou mais atividades de vida diária, continua a crescer de forma significativa, como resultado do aumento da esperança média de vida, melhoria das condições sociais, aperfeiçoamento das tecnologias e cuidados de saúde e evolução lenta e progressiva das diversas doenças crónicas que afetam um número cada vez maior de indivíduos. Prevê-se que até 2020, 9,7 a 13,6 milhões de idosos tenham uma dependência funcional moderada a grave. A dependência funcional contribui diretamente para a perda de independência e de qualidade de vida, implicando um aumento da demanda de cuidados de saúde, assim como dos custos inerentes a esses cuidados, refletindo-se num acréscimo da taxa de mortalidade e do número de institucionalizações (Yu, Evans, & Sullivan-Marx 2005).

Torna-se cada vez mais premente a definição e familiarização com o conceito de capacidade funcional e funcionalidade, sendo imprescindível a utilidade e o ónus destes conceitos no contexto do cuidar. Nesta ótica, a OMS aprovou, em 2001, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (Fontes et al., 2010; OMS & Direção Geral da Saúde (DGS) 2004; Sampaio & Luz, 2009), uma classificação que se considera a base para a avaliação e mensuração da incapacidade em variados contextos.

A capacidade funcional é considerada um dos principais indicadores de saúde das populações, assumindo crucial importância no que concerne ao planeamento e desenvolvimento de políticas de saúde, funcionando como um indicador do processo saúde-doença, sendo essencial no que diz respeito à programação de intervenções e monitorização do estado clínico e dos ganhos funcionais (Ramos, 2009; Lourenço et al., 2012).

Um aumento relevante do número absoluto de anos a viver com uma incapacidade, associado a uma prevalência crescente de condições gravemente incapacitantes, têm levado a uma crescente demanda por cuidados de reabilitação (Krug & Cieza, 2017; WHO, 2017). O conceito de capacidade funcional está indissociavelmente associado à prática de Enfermagem de Reabilitação, sendo uma das suas pedras angulares. Todo o processo criativo e dinâmico, criado pelo enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), sustenta-se na capacidade funcional individual, ajudando o cliente a atingir a sua capacidade funcional máxima (Koç, 2012).

A cobertura universal de saúde não deve ser discutida, planeada, nem implementada, sem um foco na qualidade. Embora ao longo das décadas tenham sido associados à qualidade diversos fatores e variáveis definições, há um reconhecimento crescente de que os serviços de saúde de qualidade devem ser eficazes, seguros, centrados nas pessoas, oportunos, equitativos, integrados e eficientes (WHO et al., 2018).

Um dos nomes mais conceituados no que se refere à indagação da qualidade na área da saúde é Donabedian, criador do *Quality Health Outcomes Model*, modelo de suporte para o desenvolvimento de modelos teóricos análogos, em diversos contextos do cuidar. De acordo com este modelo, a qualidade da saúde assenta em três pilares fundamentais: estrutura, processo e resultados, os designados “*outcomes*” (Donabedian, 1990).

A gestão de *outcomes* emergiu como um processo interdisciplinar que visa determinar as melhores práticas e identificar oportunidades de melhoria da qualidade clínica, através da análise de *outcomes* intermédios e de longo prazo. A investigação de *outcomes* estuda o sucesso das intervenções na prática clínica, com foco nos resultados finais auferidos pelo cliente em termos de incapacidade e sobrevivência (Portney, & Watkins, 2015).

Muitas vantagens advêm da mensuração dos *outcomes* como critério de avaliação da qualidade dos cuidados. Os *outcomes*, em geral, são utilizados como validação final da eficácia e qualidade dos cuidados de saúde (Donabedian, 2005).

Assim, como a prática baseada na evidência e as diligências para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde se amplificaram em todo o mundo, o reconhecimento da necessidade de mensuração dos ganhos funcionais na saúde também aumentou, sendo a área da reabilitação líder na avaliação deste tipo de *outcomes* (Jette, & Haley, 2005).

Nesta perspetiva, é evidente a necessidade de se desenvolver e estabelecer um conjunto padronizado de avaliações dos ganhos funcionais, aplicáveis a uma ampla variedade de condições de reabilitação que permitam comparar linhas de base das coortes de reabilitação, estabelecer padrões de qualidade, auxiliar no prognóstico e, eventualmente, planear a reabilitação e gerir os recursos económicos de forma mais eficaz (Ng et al., 2007). Porém, é limitada a evidência no que concerne às características dos programas de reabilitação em implementação e sua relação com os *outcomes* auferidos pelos clientes, e que avalie índices convencionais de efetividade ou eficiência dos cuidados de reabilitação (Kelly, 2015; Ng et al., 2007; WHO, 2011; WHO, 2017). A ausência de estudos que analisem a eficácia das intervenções dificulta o desenvolvimento e a implementação de programas de reabilitação e políticas eficazes e eficientes (WHO, 2011), motivo pelo qual a WHO (2011), reforça a pertinência da investigação em reabilitação, em diferentes contextos e particularmente na área dos *outcomes* funcionais e da qualidade de vida, chegando mesmo a considerar prioritária a investigação em reabilitação e o desenvolvimento de uma avaliação padronizada do impacto dos cuidados de reabilitação (WHO, 2017). Foi este *gap* científico que serviu de foco e propulsão para a realização deste estudo, pretendendo-se com a elaboração do mesmo fornecer um aporte singular para a evidência na área dos *outcomes* da reabilitação e contribuir para a aquisição de saberes científicos e enriquecimento do estado da arte neste âmbito.

Assim sendo, pretendeu-se desenvolver um estudo de natureza quantitativa, com um desenho retrospectivo, correlacional, que tem como objetivo principal caracterizar o nível de recuperação funcional e os ganhos funcionais obtidos pelos clientes alvo de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação na Região Autónoma da Madeira (RAM).

O estudo em causa apresenta como objetivos específicos: (1) descrever o nível de dependência funcional dos clientes, com base na avaliação do Índice de Barthel (IB), no momento da admissão e/ou início dos cuidados de reabilitação e no momento da colheita de dados; (2) analisar os indicadores prognósticos da eficácia e eficiência dos programas de reabilitação implementados na RAM, com recurso a três índices de avaliação do impacto da reabilitação: Ganho Funcional Absoluto (AFG), Ganho Funcional Relativo

(RFG) e Índice de Eficiência da Reabilitação (REI); (3) descrever a relação existente entre o Score Total do IB no momento da admissão (IBm1), e o score total no momento de colheita de dados (IBm2), em termos de evolução funcional; e (4) descrever a relação existente entre o fator sociodemográfico idade e a aquisição de ganhos funcionais absolutos dos clientes alvo de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação.

Com base nos dois últimos objetivos apresentados, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação: Hipótese 1 (H1) - Existe uma melhoria significativa da capacidade funcional entre o momento da admissão, e/ou início da prestação de cuidados de reabilitação, e o momento da colheita de dados; Hipótese 2 (H2) – Existe relação significativa entre a variável idade e a aquisição de ganhos funcionais absolutos (AFG).

Apesar de ser limitada a evidência sobre o assunto em estudo e esta ser uma investigação inédita, considerou-se relevante fornecer evidência científica de suporte à criação ou aperfeiçoamentos das políticas de saúde, contribuindo para uma reorganização e otimização de estratégias de cuidar e para uma prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação com maior grau de eficácia e eficiência, com melhor custo-benefício e mais apropriados às necessidades dos clientes.

Este trabalho de investigação divide-se em duas partes, na primeira das quais é apresentado o enquadramento teórico e a revisão da literatura considerada de interesse para a presente investigação, de forma a definir conceitos fulcrais como funcionalidade e incapacidade, capacidade funcional, qualidade dos cuidados de saúde, ganhos funcionais e *outcomes* e visando apurar a melhor e mais atual evidência. Na segunda parte deste trabalho, é descrita toda a componente empírica do estudo, apresentando-se de forma detalhada a metodologia e o processo de colheita de dados. Serão ainda apresentados e discutidos os resultados apurados e descritas, de forma concisa, as principais conclusões, bem como as sugestões de melhoria e as suas implicações para a prática.

Com a preocupação contínua de manter o maior rigor científico e contribuir para a disseminação de evidência de elevada qualidade, foram consideradas as diretrizes de Polit e Beck (2014) e Portney e Watkins (2015); as *STROBE: Guidelines on Reporting Observational Studies* (Von Elm et al., 2007), e as normas da *American Psychological Association* (APA) (2010; 2020).

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

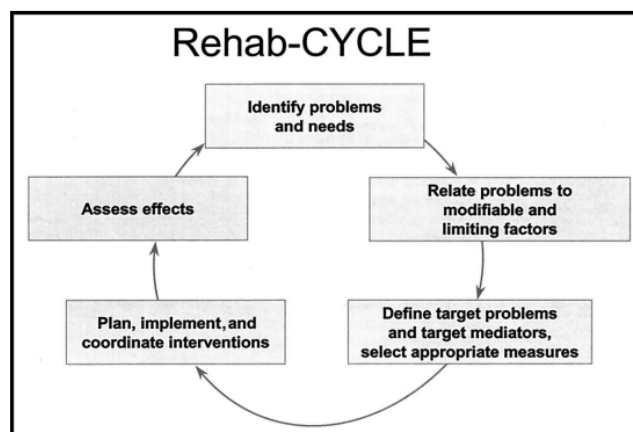
1. REABILITAÇÃO NOS SISTEMAS DE SAÚDE

O mundo enfrenta novos desafios à luz das tendências demográficas e de saúde, as populações estão a envelhecer e o número de pessoas que vivem com doenças crónicas e que têm de lidar com limitações físicas, advindas de acidentes e eventos de saúde, está a aumentar. As consequências sociais, económicas e na área da saúde, originadas por estas tendências, surgem como um apelo para que aqueles que determinam as políticas de saúde invistam não apenas em serviços de saúde que reduzam a mortalidade e a morbilidade, mas também naqueles que melhorem a funcionalidade e, consequentemente, o bem-estar da pessoa.

A melhoria da funcionalidade e do bem-estar são o âmago da reabilitação e os serviços inerentes à mesma beneficiam a saúde e a sociedade e, por inerência, os indivíduos, comunidades e economias nacionais. A reabilitação reduz o impacto de uma variedade de problemas de saúde e é caracterizada por um conjunto de intervenções que auxiliam os indivíduos que experienciam ou estão prestes a experienciar algum tipo de incapacidade a alcançar e/ou manter um nível de funcionalidade ótimo, quando em interação com o seu meio, melhorando a sua saúde e aumentando a sua participação na vida pessoal e familiar, assim como, a sua produtividade económica e qualidade de vida, reduzindo assim o impacto da incapacidade (Krug & Cieza, 2017; WHO, 2011; WHO, 2017).

O processo de reabilitação é um processo contínuo que envolve um conjunto de etapas encadeadas e indissociáveis, como se constata na **figura 1**. Este *continuum* de fases, denominado “Rehab-CYCLE” (ciclo de reabilitação) por Steiner et al., (2002), é constituído por cinco etapas: identificar os problemas e necessidades do indivíduo; relacionar os problemas com fatores relevantes (modificáveis e limitadores) inerentes à pessoa e ao meio onde está inserida; definir objetivos de reabilitação e selecionar e adequar a melhor forma de avaliação; planejar e implementar intervenções; e avaliar os efeitos das intervenções, através da mensuração de variáveis relevantes (Steiner et al., 2002; WHO, 2011).

O processo de reabilitação explanado no “Rehab-CYCLE” visa a melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida do indivíduo, minimizando-se as consequências associadas à doença incapacitante (Steiner et al., 2002).

Figura 1*Ciclo de reabilitação - “The Rehab-CYCLE”*

Fonte: Adaptação da versão modificada por Steiner et al., 2002 do Rehabilitation Cycle desenvolvido por Stucki & Sangha, 1998.

Educar pessoas com incapacidade é essencial para o desenvolvimento de conhecimento e capacidades de autocuidado, gestão da doença e tomada de decisão. Pessoas com incapacidade e as suas famílias apresentam melhor saúde e melhor capacidade funcional quando são parceiras no processo de reabilitação (WHO, 2011).

O modelo de prestação de serviços de reabilitação, usado num sistema de saúde, tem implicações clínicas e económicas significativas, uma vez que a forma através da qual a prestação dos serviços de reabilitação é planeada, financiada e implementada afeta a qualidade dos serviços prestados em diferentes contextos e os recursos exigidos, sejam eles humanos ou financeiros e, em última análise, todos aqueles que usufruem desses mesmos serviços. O objetivo primordial de um modelo de prestação de serviços deveria ser assegurar que todas as intervenções fossem eficazes, seguras e de qualidade e chegassem aonde são necessárias (incluindo a infraestrutura), a todos aqueles que precisam e com o mínimo desperdício de recursos (WHO, 2017).

Globalmente, mas principalmente nos países com baixos e médios recursos, torna-se necessário o fortalecimento da reabilitação nos sistemas de saúde, de modo a que serviços economicamente acessíveis e de alta qualidade estejam ao alcance de todos aqueles que deles necessitam. Este fortalecimento não só garantirá o respeito pelos direitos humanos, mas também contribuirá para a melhoria da saúde integral, proporcionando benefícios sociais e económicos.

O compromisso de fortalecer os sistemas de saúde de modo a que estes forneçam melhores serviços de reabilitação permitirá que milhões de pessoas não vivam apenas mais

tempo, mas que, acima de tudo, vivam bem e com melhor qualidade de vida (Krug & Cieza, 2017).

1.1. Enfermagem de Reabilitação

O número de pessoas a necessitar de cuidados de reabilitação aumenta a cada dia, o que implica que os enfermeiros de reabilitação prestem cuidados a um maior número de pessoas, com uma ampla gama de problemas físicos, cognitivos e comportamentais, os quais exigem cuidados de reabilitação diversos e complexos (Koç, 2012).

Os resultados decorrentes dos cuidados de reabilitação visam a melhoria e transformações ao nível da funcionalidade da pessoa ao longo do tempo, no que concerne às funções e estruturas corporais, atividades, fatores ambientais e pessoais, contribuindo sobremaneira para que o desenvolvimento, melhoria e manutenção da funcionalidade ideal da pessoa, aquando da sua interação com o ambiente e assentando nas seguintes premissas: prevenção da perda funcional, redução da progressão da perda funcional, melhoria ou recuperação da funcionalidade, desenvolvimento de mecanismos adaptativos e compensatórios da função perdida e manutenção da funcionalidade atual (WHO, 2011).

Os EEER têm um papel ativo no encorajamento dos clientes, levando-os a desenvolver, por si próprios e o máximo possível, as suas capacidades, nomeadamente a satisfação das suas necessidades básicas de vida (comer, beber, usar o sanitário, vestir-se e despir-se) e a manutenção de medidas de segurança. Desta feita, três alicerces fundamentais constituem-se como propósito da Enfermagem de Reabilitação, designadamente a adaptação, promoção da funcionalidade e melhoria da autonomia (Koç, 2012).

Assente nestes três alicerces fundamentais, o regulamento das competências específicas do EEER (2011), e o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação (ER) (2015), preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE), sustentam que a ER “enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência”, visando a melhoria da funcionalidade, promoção da autonomia, do bem-estar e da qualidade de vida, permitindo um melhor desempenho, rendimento e desenvolvimento pessoal (Regulamento 125/2011, 2011, p.8658).

A intervenção da ER tem o intuito de promover o “diagnóstico precoce e ações preventivas, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes,

prevenir complicações e evitar incapacidades”, através da implementação de intervenções terapêuticas e técnicas específicas de reabilitação que “visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas”, quer seja por doença crónica, evento clínico súbito ou acidente. Tem como área de intervenção a educação do cliente alvo de cuidados e dos seus familiares cuidadores, o planeamento da alta, primando sempre pela continuidade dos cuidados e a reintegração eficaz no seio da família e da comunidade, de modo a propiciar a cada cliente, de modo particular, “o direito à dignidade e à qualidade de vida” (Regulamento nº125/2011, 2011, p. 8658; Regulamento nº 350/2015, 2015, p. 16655).

Em suma, os objetivos essenciais dos cuidados de ER passam obrigatoriamente pela melhoria da funcionalidade e promoção da independência, visando a máxima satisfação da pessoa e a preservação da sua autoestima (Regulamento nº125/2011, 2011). Assim, a Enfermagem de Reabilitação é encarada “como a área de intervenção da enfermagem, de excelência e referência, que previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoquem deficit funcional” (Regulamento nº 350/2015, 2015, p.16658), tornando-se a funcionalidade num dos pilares principais de intervenção e inerente a todo o processo de cuidar em Enfermagem de Reabilitação.

2. FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADE

A definição e compreensão dos conceitos “funcionalidade” e “incapacidade” tiveram por base, desde sempre, vários modelos conceituais assentes no binómio saúde/doença. De entre os vários modelos, destaca-se a dialética “modelo médico” *versus* “modelo social” (Fontes et al., 2010; OMS&DGS, 2004).

O “modelo médico” parte de uma visão naturalista da incapacidade, foca a sua atenção no corpo deficiente ou na disfunção presente em partes do corpo, enquanto que o “modelo social” vê a incapacidade como resultante de uma “(des)organização social”, isto é, uma diminuição de oportunidades e presença de desigualdades sociais (Sampaio & Luz, 2009).

O modelo de funcionalidade e incapacidade, definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), veio fazer a diferença, uma vez que ao invés de preconizar o reducionismo associado aos modelos biomédico e social, optou por uma abordagem biopsicossocial, promotora de “uma perspetiva abrangente, integrativa e universal da funcionalidade e incapacidade, onde o indivíduo interage com o ambiente físico, social e atitudinal, e onde estão perspetivadas as linhas de saúde biológica, individual e social” (Fontes et al., 2010, p. 172).

Com base neste modelo biopsicossocial, a OMS aprovou, com publicação em 2001, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (Fontes et al., 2010; OMS & DGS 2004; Sampaio & Luz, 2009). A CIF caracteriza a saúde das pessoas dentro do contexto das suas situações individuais de vida, tendo em conta o impacto do ambiente no qual estão inseridas. Esta classificação tem como objetivo principal identificar as intervenções que podem melhorar os níveis de participação das pessoas com incapacidades, ajudando a identificar o principal agente causador da incapacidade no ambiente gerador de barreiras, na ausência de agentes facilitadores, na capacidade limitada do indivíduo (OMS & DGS, 2004).

A CIF não só define de forma pormenorizada o que é a incapacidade, como descreve a importância e a forma como os fatores ambientais podem influenciar a funcionalidade do indivíduo, assumindo o papel de elementos facilitadores ou, por vezes, de fatores dificultadores. Quando o contexto ambiental é conciliador e as políticas sociais favoráveis e promotoras da inclusão, as experiências de incapacidade podem ser

minimizadas ou até mesmo dissolvidas, dando lugar à adaptação e integração social (Fontes et al., 2010).

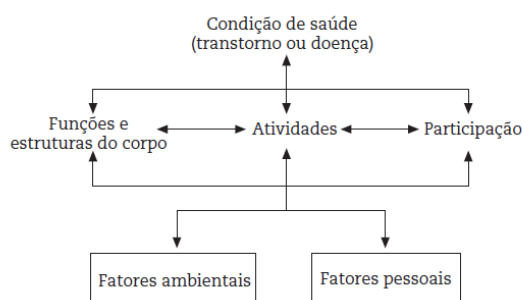
Compreender o modelo da funcionalidade e incapacidade e, concomitantemente, a CIF, implica refletir sobre a sua organização concetual (**Figura 2**). Este modelo encontra-se estruturalmente dividido em duas partes (*funcionalidade/incapacidade* e *fatores contextuais*), cada uma delas constituída por outros dois elementos da funcionalidade/incapacidade (as *funções e estruturas do corpo* e as *atividades de participação*), enquanto dos fatores contextuais fazem parte os *fatores ambientais* e os *fatores pessoais*. As *funções* dizem respeito à componente fisiológica e psicológica do corpo humano e as *Estruturas do Corpo* às partes anatómicas e sistemas orgânicos. As *atividades* referem-se à “execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo, representando a perspetiva individual da funcionalidade”, enquanto a *participação* diz respeito ao “envolvimento de um indivíduo numa situação de vida real, representando a perspetiva social da funcionalidade” (Fontes et al., 2010, p. 173), sendo que os fatores ambientais interagem com todos estes domínios.

No que diz respeito aos *fatores contextuais*, estes podem ser extrínsecos (*fatores ambientais*) ou então podem estar inerentes ao indivíduo (*fatores pessoais*), enquanto que os fatores ambientais são constituídos por toda a envolvência física, social e atitudinal das pessoas e o ambiente onde estas desenvolvem o seu quotidiano, dizendo respeito a todo o contexto de vida extrínseco à pessoa (Fontes et al., 2010, p. 173).

Os fatores pessoais referem-se às características sociodemográficas e físicas da pessoa, nomeadamente: idade, género, habilitações literárias, profissão, etc. (Fontes et al., 2010).

Figura 2

Modelo Concetual da CIF



Fonte: Adaptação do esquema elaborado pela OMS e DGS, 2004.

A CIF e o modelo conceitual que a sustenta vieram construir um novo paradigma na forma de se pensar e compreender a funcionalidade e a incapacidade, fornecendo uma estrutura para identificar que medições dos *outcomes* são relevantes, tendo em conta as especificidades dos clientes (Portney & Watkins, 2015).

No que concerne à funcionalidade humana, a linguagem utilizada para falar de conceitos como doença, lesão, deficiência e incapacidade, pode influenciar as decisões clínicas e o modo de interação com os clientes e outros profissionais de saúde (Sampaio & Luz, 2009). O conceito de funcionalidade “engloba todas as funções do corpo, atividades e participação, indicando os aspetos positivos ou facilitadores, da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus fatores contextuais” (Fontes et al., 2010, p. 173).

A deficiência e incapacidade, por sua vez, são conceitos em evolução, uma vez que resultam da interação entre pessoas com deficiência e barreiras comportamentais e ambientais que impedem a participação plena e eficaz da pessoa na sociedade de forma equitativa (WHO, 2011). A inexistência de uma definição clara dos conceitos de “deficiência” ou “incapacidade” tem sido considerada uma barreira à promoção da saúde de pessoas portadoras de deficiência (Nubila & Buchalla, 2008).

A deficiência faz parte da condição humana. Quase todas as pessoas terão uma deficiência nalgum momento da sua vida e aqueles que sobreviverem ao envelhecimento enfrentarão dificuldades acrescidas relativamente à sua funcionalidade e capacidade de desempenho (WHO, 2011). Sendo complexa, dinâmica e multidimensional, caracteriza-se por perturbações físicas e mentais das estruturas e/ou funções corporais, afetando sistemas ou mecanismos do corpo humano e dando origem a perdas, anomalias ou alterações das funções e estruturas anatómicas (Costa, 2006; Nubila & Buchalla, 2008; WHO, 2011).

A incapacidade, por sua vez, é um termo mais abrangente, uma vez que “sintetiza as deficiências ou alterações das funções e estruturas, as limitações das atividades e as restrições da participação, ou a magnitude barreira dos fatores ambientais, revelando assim os aspetos negativos da interação entre um indivíduo e os seus fatores contextuais” (Fontes et al., 2010, p. 173). Advém das consequências das deficiências, evidenciando-se e influenciando a capacidade funcional e o desempenho de determinadas atividades de vida diária. Analisados os dois conceitos, facilmente se constata que um indivíduo pode apresentar uma deficiência (ao nível do corpo) e não necessariamente viver qualquer tipo de incapacidade (Costa, 2006; Rosa et al., 2003).

O modelo da funcionalidade caracteriza-se por “um sistema de múltiplos sistemas que se cruzam e interagem em constante mutação, num modelo biopsicossocial que se centra na saúde, privilegiando a capacidade e desempenho, ao invés de se centrar nas deficiências, limitações ou restrições” (Fontes et al., 2010, p. 176).

Pensar em funcionalidade humana e incapacidade é ter implícita a ideia de que o todo não é igual à soma das partes, é não reduzir uma realidade a outra, mas sim articulá-las e compreender as suas conexões, tendo sempre como foco toda a multidimensionalidade dos fenómenos (Sampaio & Luz, 2009).

2.1. Prevalência da Incapacidade e Deficiência

Um número cada vez maior de países tem adotado uma abordagem contínua para a mensuração da prevalência da deficiência e incapacidade, através de censos e pesquisas. A recolha de dados sobre todos os aspetos da deficiência e incapacidade, nomeadamente dos seus fatores contextuais, é importante para que seja possível ilustrar, de forma fidedigna e completa, a imagem da deficiência e da funcionalidade. Sem informações da forma como os problemas de saúde, em interação com as barreiras ambientais e os elementos facilitadores, afetam o quotidiano das pessoas, torna-se difícil determinar a verdadeira essência da deficiência (WHO, 2011).

Segundo a WHO (2011), e com base nas estimativas da pesquisa mundial de saúde ou da carga global de doenças, aproximadamente 15,3% da população mundial possuía deficiências graves ou moderadas, enquanto 2,9%, ou cerca de 185 milhões de pessoas eram portadoras de deficiências graves.

Num futuro próximo, a incapacidade será uma preocupação crescente, uma vez que o aumento da sua incidência está associado ao envelhecimento das populações, havendo como tal um risco acrescido de deficiências na população com mais idade, bem como devido ao aumento de doenças crónicas, nomeadamente diabetes, doenças cardiovasculares, cancro e distúrbios mentais (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2012a; WHO, 2011).

No panorama nacional, de acordo com o INE (2012a), e com base nos censos de 2011, no que concerne à deficiência e incapacidade, cerca de 40,5% das pessoas, entre os 15 e os 64 anos, têm pelo menos um problema de saúde ou doença prolongada e 17,4% têm pelo menos uma dificuldade na realização de atividades básicas. A existência deste tipo de problemas de saúde afetava mais as mulheres (44,5%) do que os homens (36,5%) e, tal como acontece a nível mundial, aumentava com a idade. Os problemas músculo-

esqueléticos e as dificuldades na mobilidade, especialmente andar e subir degraus, constituíam, respetivamente, o principal problema de saúde e a principal dificuldade para a população inquirida. Cerca de 50% da população portuguesa, com mais de 65 anos, tem muita dificuldade ou não consegue realizar pelo menos uma das seis atividades de vida diárias (INE, 2012a; Observatório da Deficiência e Direitos Humanos (ODDH), 2017).

Quanto à distribuição da população com deficiência por região, os resultados apurados revelam uma maior incidência populacional de deficiência e incapacidade na região norte (34%), seguida do centro (26%), da área metropolitana de Lisboa (24%), Alentejo (8%), Algarve (4%) e Regiões Autónomas dos Açores (2%) e da Madeira (2%) (INE, 2012a; ODDH, 2017).

Um objetivo fundamental da colheita de dados demográficos sobre pessoas com deficiência e incapacidade é identificar estratégias que permitam melhorar o seu bem-estar. No entanto, embora os países possam precisar de informações sobre as deficiências de modo a elaborar serviços específicos, implementar e monitorizar intervenções políticas e sociais, ou detetar e evitar a discriminação, a utilidade destes dados é limitada, uma vez que as taxas de prevalência resultantes acabam por não ser indicativas da extensão global da deficiência (WHO, 2011).

3. CAPACIDADE FUNCIONAL

A capacidade funcional representa um novo paradigma na saúde. Com o envelhecimento da população e o aumento da esperança média de vida, um dos principais indicadores de saúde deixa de ser a presença de doença para passar a ser o nível de capacidade funcional, isto porque todo o processo de envelhecimento, mesmo sem a presença de doença, implica perda de funcionalidade, devido a todo o declínio fisiológico associado ao decurso da senescência (Lourenço et al., 2012; Ramos, 2009).

Assim sendo, independentemente das patologias manifestas, as perdas de funcionalidade expressas pelo grau de capacidade funcional assumem uma grande influência sobre o panorama de saúde pública, permitindo identificar as necessidades da população no que diz respeito ao risco de desenvolver dependência, necessidade de hospitalização e/ou institucionalização, consumo de recursos sociais, económicos e de saúde e índices de mortalidade (Lourenço et al., 2012; Ramos, 2009).

A capacidade funcional é uma “medida da funcionalidade global que resulta da interação de todas as capacidades físicas e mentais desenvolvidas durante o período de vida” (Ramos, 2009, p.40; Rosa et al., 2003), estando diretamente relacionada com a capacidade e potencialidade de um indivíduo para realizar determinadas tarefas, indispensáveis à manutenção das suas atividades básicas e instrumentais de vida, e a sua habilidade para integrar-se socialmente e preservar as suas atividades mentais, proporcionando e contribuindo para uma melhor qualidade de vida (Guimarães et al., 2004). As atividades de vida dividem-se em dois grandes ramos, atividades básicas e atividades instrumentais, sendo que as primeiras (ABVD) assentam na realização de tarefas de autocuidado, como tomar banho, arranjar-se, despir-se e vestir-se, transferir-se, alimentar-se, usar o sanitário e as segundas (AIVD), por sua vez, dizem respeito à capacidade do indivíduo desempenhar tarefas mais adaptativas e herméticas necessárias à vida independente na comunidade, tais como preparar as refeições, gerir dinheiro, tomar medicamentos, arrumar a casa, fazer compras, usar transportes públicos, usar o telefone, entre outras. Estas últimas são tarefas com maior complexidade e exigência, motivo pelo qual são aquelas que declinam mais precocemente (Guedes et al., 2007).

Manter e preservar a capacidade da pessoa para desempenhar as atividades básicas e instrumentais de vida diária é fundamental para se conseguir prolongar, pelo

maior tempo possível, a independência e, conseqüentemente, manter-se a capacidade funcional (Fernandes et al, 2012; Guedes et al., 2007; Guimarães et al., 2004).

4. QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE

O número de intervenções de saúde tem aumentado de forma incontornável ao longo dos anos, influenciando diretamente o orçamento da saúde e acarretando um acréscimo de despesas. Esta realidade aumentou a pressão exercida sobre os serviços de saúde, incutindo-lhes o dever de proverem cuidados de alta qualidade, efetivos e simultaneamente económicos (Van der Putten et al., 2001).

A qualidade dos cuidados pode ser definida de várias formas e com base em várias perspetivas, sendo considerada por alguns atributo ou propriedade do processo de cuidar e para outros meta e/ou objetivo desse mesmo processo. A definição de qualidade de cuidados normalmente reflete os valores e objetivos de um determinado sistema de saúde, bem como da sociedade onde este se encontra inserido (Donabedian, 2005).

Para a WHO et al. (2018), a serviços de saúde de elevada qualidade estão associados os cuidados certos, no momento certo, respondendo às necessidades e preferências dos usuários do serviço, minimizando danos e desperdício de recursos. Cuidados de saúde de qualidade aumentam a probabilidade de obtenção dos *outcomes* de saúde almejados e são consentâneos com sete características mensuráveis: eficácia, segurança, centralização nas pessoas, precisão, equidade, integração dos cuidados e eficiência (WHO et al., 2018).

Donabedian (1980; citado por Sollecito & Johnson, 2012), criou o modelo de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, originalmente designado por “*Quality Health Outcome Model*”. Este modelo é uma estrutura fundamental que permite uma conceptualização e classificação da qualidade dos cuidados (Sollecito & Johnson, 2012). Desde então, as ideologias de Donabedian têm guiado todo o trabalho dedicado à investigação dos elementos utilizados para avaliar e comparar a qualidade dos cuidados de saúde (Mitchell et al., 1998).

O modelo de Donabedian assenta em três conceitos fundamentais: Estrutura (os recursos disponíveis que permitem a prestação de cuidados de saúde adequados, incluindo infraestruturas, equipamentos, e profissionais treinados); Processo (atividades de dar e/ou receber cuidados); e *Outcomes* (mudanças na condição clínica do cliente após o tratamento) (Sollecito & Johnson, 2012). Segundo este modelo, o fulcro da avaliação da qualidade dos cuidados deixa de ser as estruturas (ter as coisas certas), para passar a estar centrado nos processos (fazer as coisas bem) e, acima de tudo, nos *outcomes* (fazer as

melhores coisas acontecerem). Estruturas são geralmente pensadas para originar e influenciar processos que, por sua vez, vão produzir *outcomes* desejáveis ou indesejáveis (Mitchell et al., 1998).

De acordo com Donabedian (1990), o Modelo de Qualidade dos cuidados de saúde não se deve cingir ao trinómio estrutura-processo-*outcomes*, defendendo a disseminação de 7 pilares fundamentais da qualidade dos cuidados: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Considera-se eficácia a habilidade da ciência e a arte dos cuidados de saúde em promover melhorias na saúde e no bem-estar, significando o melhor que podemos fazer, nas condições mais favoráveis (melhores estruturas físicas, melhores equipamentos, melhores serviços), tendo em conta a condição do cliente e as circunstâncias imutáveis (Donabedian, 1990).

Efetividade, ao contrário da eficácia, diz respeito às melhorias efetivamente alcançadas ou expectáveis, nas circunstâncias comuns da prática clínica diária, utilizando os recursos disponíveis (que nem sempre são os melhores). Assim sendo, enquanto a eficácia está relacionada com o planeamento do tratamento ideal, a efetividade está diretamente associada aos resultados reais, advindos das ações implementadas (Donabedian, 1990).

Considera-se a eficiência uma medida do custo e dos recursos gastos de forma a obter-se qualquer melhoria na condição de saúde do cliente. Assim, se duas estratégias de cuidar são igualmente eficazes ou efetivas, a menos onerosa é considerada a mais eficiente. Eficiência é, portanto, proporcionar os melhores *outcomes* ao cliente utilizando menos esforços e menos custos (Donabedian, 1990). A eficiência dificilmente poderá ser atingida num sistema de saúde, devido às imperfeições existentes no mercado a ele associado, pelo que o objetivo passa a ser o de chegar o mais próximo possível da eficiência máxima (Santos & Araújo, 2018).

A otimização torna-se relevante quando os efeitos do cuidado são avaliados em relação ao custo do cuidado, na medida em que enquanto a eficiência procura obter *outcomes* utilizando a menor quantidade de recursos possível, a otimização visa a melhor aplicação dos recursos disponíveis de forma a potencializar o tratamento, incentivando a cultura da melhoria contínua dos cuidados (Donabedian, 1990).

A aceitabilidade consiste na adaptação dos cuidados aos desejos, expectativas e valores dos clientes e das suas famílias (Donabedian, 1990).

Legitimidade é considerada a aceitação, por parte da comunidade ou da sociedade em geral, dos cuidados de saúde prestados. Obter legitimidade implica uma instituição prestadora de cuidados de saúde o ser considerada pela sociedade uma referência (Donabedian,1990).

Equidade é o princípio pelo qual se determina o que é justo na distribuição de cuidados e dos seus benefícios entre os membros de uma população, promovendo a imparcialidade do cuidar (Donabedian,1990).

O modelo de qualidade dos *outcomes* em saúde pretende estar em maior concordância com os processos dinâmicos do cuidar e a aquisição de *outcomes* do que os restantes modelos atuais. Este modelo vai mais além, permitindo refletir na dinâmica existente entre os diversos componentes dos sistemas de cuidados de saúde. As diferenças de *outcomes* alcançados (resposta dos clientes ao tratamento) podem ser vistas como um resultado de diferentes fatores que podem influenciar a aquisição de *outcomes* em saúde (Donabedian, 2005).

4.1. Modelo de Efetividade dos Cuidados de Enfermagem (*Nursing Role Effectiveness Model*)

Desde que os enfermeiros se tornaram o maior grupo de profissionais de saúde a prestar cuidados, os custos e impacto das suas ações passaram a ser áreas de interesse e preocupação para os políticos deste setor (Newbold, 2008). Assim sendo, a mensuração da eficiência e efetividade nos sistemas de saúde deve ter em consideração o contributo dos profissionais de saúde (principalmente dos enfermeiros), de forma a garantir cuidados de qualidade e com uma boa relação custo-benefício (Amaral et al., 2014; Doran et al., 2002).

Irvine et al. (1998), desenvolveram um modelo conceptual para auxiliar na tarefa desafiadora de avaliar a contribuição da enfermagem para a qualidade dos cuidados e aquisição de *outcomes*, num ambiente de cuidados de saúde complexo e multidimensional - *The Nursing Role Effectiveness Model (NREM)* (Amaral et al., 2014; Doran et al., 2002; Irvine et al., 1998; Lukewich et al., 2019; Sidani et al., 2004).

Este modelo relaciona a obtenção de *outcomes*, por parte dos clientes sensíveis aos cuidados de enfermagem, de acordo com o tipo de papéis assumidos pelos enfermeiros (Irvine et al., 1998; Lukewich et al., 2019).

O NREM foi desenvolvido com base no modelo de qualidade dos cuidados de Donabedian (estrutura-processo-*outcome*). No entanto, inclui mais variáveis e incorpora

vários componentes específicos da prática de enfermagem, permitindo a conceptualização da contribuição da enfermagem para a aquisição de *outcomes* pelos clientes (Doran et al., 2002; Irvine et al., 1998; Lukewich et al., 2019).

A componente estrutura, de acordo com o NREM, é constituída por um conjunto de variáveis relacionadas com o cliente, o enfermeiro e a organização de saúde, que influenciam os processos e os *outcomes* dos cuidados. As variáveis dos clientes incluem características demográficas e relacionadas à saúde, como idade, sexo, educação, tipo e gravidade da doença e comorbilidades. As variáveis do enfermeiro são constituídas por características profissionais como educação, experiência, ratio de enfermeiros especializados na equipa e nível de competência. Das variáveis da organização fazem parte padrões de atribuição e multiplicidade de pessoal, características do ambiente de trabalho e carga de trabalho (Doran et al., 2002; Irvine et al., 1998; Lukewich et al., 2019).

O número de horas de prestação de cuidados de enfermagem por dia é uma variável estrutural que influencia o desempenho de intervenções e, consequentemente, a obtenção de resultados. Encontra-se associada, impreterivelmente, à segurança do cliente no que diz respeito à ocorrência de quedas, úlceras por pressão e erros de medicação, mas também em relação à falta de intervenções psicopedagógicas e sociais. Vários estudos indicam que a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros e as equipas subdimensionadas estão associadas a *outcomes* mais negativos e a um declínio funcional entre a admissão e o momento da alta (Amaral et al., 2014; Doran, et al., 2002; Sidani et al., 2004).

No que concerne ao componente processo, de acordo com o modelo de enfermagem de Irvine et al. (1998), este foca-se exclusivamente nos processos ou intervenções de enfermagem, nomeadamente tratamentos, procedimentos ou ações que o enfermeiro executa para melhorar o estado de saúde ou o comportamento do paciente, visando o alcance de um *outcome* desejado. As intervenções dos enfermeiros são agrupadas em três tipos: independentes, dependentes de decisão médica e interdependentes (Doran et al., 2002; Irvine et al., 1998; Lukewich et al., 2019).

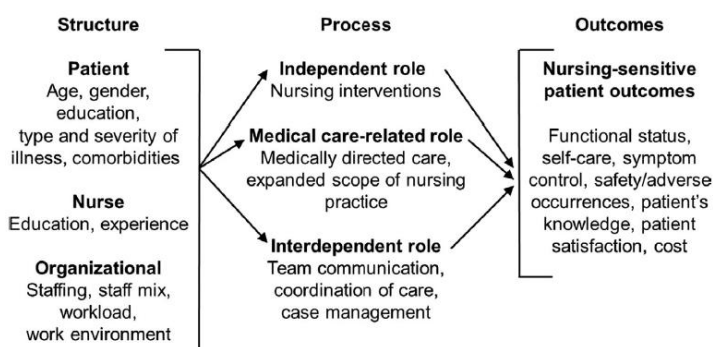
A componente *outcome* consiste num conjunto de resultados auferidos pelos clientes sensíveis aos cuidados de enfermagem. *Outcomes* sensíveis aos cuidados de enfermagem são definidos como relevantes, com base no escopo e no domínio da prática dos enfermeiros e para os quais existem evidências empíricas que vinculam os inputs e intervenções de enfermagem à aquisição de resultados. Os *outcomes* sensíveis aos cuidados de enfermagem, inerentes a este modelo, foram identificados com base numa revisão de literatura e organizados em seis categorias diferentes: prevenção de acontecimentos

adversos, como: quedas, lesões ou infecções nosocomiais; *outcomes* clínicos, incluindo gestão e controlo de sintomas; conhecimento do cliente sobre a doença, associado aos tratamentos e gestão da doença; *outcomes* funcionais, incluindo melhoria da funcionalidade física, social, cognitiva e capacidade de desempenho dos autocuidados; satisfação dos clientes com os cuidados de saúde; e custos implícitos à aquisição de *outcomes* (Doran et al., 2002; Lukewich et al., 2019).

A forma como estes três componentes se coadjuvam e se relacionam com o papel do enfermeiro na aquisição de *outcomes* caracteriza o NREM e encontra-se explanada na **Figura 3**.

Figura 3

Modelo de eficácia do papel de Enfermagem- “The Nursing Role Effectiveness Model”



Fonte: Adaptação de Lukewich et al. (2019), do modelo original de Irvine, Sidani e McGillis (1998).

O NREM tenta delinear a relação existente entre as variáveis de estrutura, processo e *outcome*, enfatizando a importância de se conceituar os *outcomes* de acordo com os fatores que os precedem. As variáveis estrutura e o processo de cuidar podem influenciar direta ou indiretamente os *outcomes*. De igual forma, a qualidade dos cuidados de enfermagem demonstrou afetar diretamente os ganhos funcionais (Doran et al., 2002). Esses resultados permitem aos investigadores explorar e delinear contribuições específicas da enfermagem para a aquisição de *outcomes* que podem ser usadas para comprometer os enfermeiros com a sua prática profissional (Doran et al., 2002; Lukewich et al., 2019).

No que concerne à Enfermagem de Reabilitação propriamente dita, esta especialização assume um papel preponderante no que diz respeito à aquisição de *outcomes* funcionais e à redução do tempo de internamento hospitalar. Assume relevante importância e acrescenta valor aos programas de convalescença e de preparação para o regresso a casa, uma vez que a maioria dos problemas que os clientes e famílias enfrentam

aquando do regresso a casa está associada a estratégias adaptativas, coping, ensinamentos e reabilitação (Amaral, 2014). Além do mais, o rácio de enfermeiros especialistas, uma variável de estrutura associada aos enfermeiros, tem uma importante influência no desempenho da sua função dependente e interdependente, assim como no estado funcional dos doentes. A formação e a categoria profissional são indicadores do conhecimento e da competência dos enfermeiros, constituindo uma “relação positiva entre estas variáveis e a prevenção de complicações, nomeadamente a mortalidade, com a satisfação dos doentes e a diminuição da ocorrência de incidentes, e com a qualidade dos cuidados com impacto positivo nos resultados observados nos doentes” (Amaral, 2014, p.31).

A qualidade é valorizada por todos os provedores de cuidados de saúde, mas não é, como muitos gostariam de acreditar, algo que acontece sem planeamento e esforço consciencioso. O mundo exige que as instituições de saúde prestem cuidados de elevada qualidade a um preço razoável, motivo pelo qual torna-se cada vez mais premente o investimento de todos os profissionais de saúde na busca e obtenção dos melhores *outcomes*, visando a melhor qualidade de cuidados (Sollecito & Johnson, 2012).

5. *OUTCOMES*

Os *outcomes* advindos dos cuidados de saúde, no que diz respeito à recuperação, restauração da funcionalidade e da sobrevivência, têm sido frequentemente usados como indicadores da qualidade dos cuidados. Tendem a ser bastante concretos e, como tal, aparentemente passíveis de uma mensuração mais precisa.

A investigação e gestão de *outcomes* na área da saúde remontam à década de 90. Altura em que os *outcomes* eram limitados a cinco condições clínicas: morte, doença, incapacidade, desconforto e insatisfação. Ao longo dos anos, começaram a ser considerados *outcomes* mais positivos, tais como: melhoria do estado de saúde, capacidade funcional, e perceção de qualidade de vida ao longo dos anos (Mitchell et al., 1998).

Embora alguns *outcomes* sejam geralmente inconfundíveis e fáceis de mensurar, outros, por outro lado, não tão claramente definidos, podem ser difíceis de avaliar, podendo destacar-se entre estes atitudes e satisfação dos clientes, reinserção social, incapacidade física e reabilitação (Donabedian, 2005).

Mensurar os *outcomes* resultantes das intervenções de saúde é uma componente central para a determinação da eficácia terapêutica e uma condição obrigatória na prestação de cuidados de saúde baseados em evidência (Van der Putten et al., 1999). Desde o momento que o foco principal do cuidar passou a ser aumentar a probabilidade de se alcançarem os *outcomes* aspirados pelos clientes e reduzir a probabilidade de ocorrência de *outcomes* indesejáveis, a apreciação dos *outcomes* passou a ser considerada o “*gold standard*” da avaliação da qualidade dos cuidados (Sollecito & Johnson, 2012).

Numerosos *outcomes* podem surgir como resultado de uma determinada intervenção, sobretudo se tivermos em conta os fatores tempo, custo e satisfação. Como tal, torna-se útil considerar a forma como estes fatores determinam os *outcomes* (Frattali, 1998).

O conceito de tempo dá origem a três termos que qualificam os *outcomes* e orientam a sua avaliação: imediato, instrumental e final. Os *outcomes* imediatos são aqueles que ocorrem de sessão para sessão. Os *outcomes* instrumentais, por sua vez, são aqueles que ativam processos de aprendizagem. Os *outcomes* finais refletem os objetivos de tratamento a longo prazo e demonstram a validade social das intervenções, uma vez que se focam na capacidade do indivíduo aprender, na empregabilidade e reintegração na comunidade (Frattali, 1998).

Cada vez mais, o fator custo tem assumido um papel de relevo, destacando-se entre os elementos que definem a qualidade dos cuidados e tornando-se assim noutro *outcome* a ser tido em conta na prestação de cuidados. Com base na filosofia económica de fazer mais com menos, Donabedian (1980; citado por Frattali, 1998) defende que a mais elevada qualidade de cuidados é aquela com maior utilidade, sendo capaz de chegar a toda a população que necessita de um determinado cuidado, o que significa que o cuidado excessivo ou desnecessário prestado a uma pessoa pode negar a outra o cuidado mais básico, sobretudo quando há um conjunto finito de recursos, como acontece nos sistemas de saúde públicos.

Com base nesta perspetiva, dois *outcomes* adquirem um particular interesse: o custo/benefício e o custo/eficácia das intervenções. O custo/benefício de um dado tratamento refere-se à sua eficiência económica, expressa através da relação entre o valor gasto e o economizado. Pelo contrário, o custo/eficácia de um determinado tratamento é expresso pela relação entre os custos do tratamento e a obtenção dos *outcomes* almejados (Frattali, 1998).

A satisfação dos clientes com as intervenções preconizadas tornou-se outro *outcome* de interesse. A este nível, alguns investigadores são apologistas de que a satisfação do cliente influencia a sua disposição e adesão ao regime de tratamento, o que aumenta a probabilidade de melhores *outcomes* clínicos (Frattali, 1998).

Segundo Porter e Lee (2013), o singrar dos sistemas de saúde assenta na maximização do “valor” para os clientes, isto é, em alcançar os melhores *outcomes* com o menor custo, deixando o sistema de saúde de estar orientado para a oferta para passar a estar centrado no cliente e organizado com base naquilo que os clientes necessitam.

Torna-se assim necessário transformar o rumo da saúde mundial, deixando de ser o volume e a lucratividade dos serviços o foco dos cuidados, para passarem a ser os *outcomes* alcançados pelos clientes o âmago do cuidar. O desafio principal é mudar o foco de atenção do volume para o “valor” (Porter, 2010; Porter, & Lee, 2013).

Os *outcomes* não devem ser meramente calculados através dos índices de mortalidade e morbilidade, mas com base noutros aspetos multifatoriais significativos para o cliente e inerentes ao ciclo de cuidados, nomeadamente, complicações, tempo de recuperação, necessidade de intervenções contínuas ou de diferentes tratamentos. Os benefícios de qualquer intervenção para a aquisição dos *outcomes* finais dependerão da eficácia de todas as intervenções implementadas ao longo do ciclo de cuidados. A

responsabilidade pelo “valor” deve ser compartilhada entre todos os profissionais prestadores de cuidados envolvidos (Porter, 2010; Putera, 2017).

Esta abordagem permite comparações relevantes entre clientes através dos *outcomes* alcançados, incluindo comparações da capacidade dos profissionais de saúde para cuidar de pacientes com condições complexas. No entanto, o principal objetivo da avaliação dos *outcomes* não é comparar profissionais de saúde, mas sim possibilitar a inovação dos cuidados de saúde. Sem esse feedback, os profissionais de saúde não têm as informações necessárias para aprender e, acima de tudo, para melhorar a sua prestação de cuidados (Porter, 2010).

Toda esta visão torna necessária a criação de um mecanismo que permita descrever e avaliar os *outcomes* para cada condição médica, assim como possibilite a antevisão dos custos implícitos à obtenção desses *outcomes*. Atualmente, essa configuração padrão de *outcomes* para condições médicas específicas é fornecida pelo *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (Kelley, 2015; Putera, 2017).

5.1. Ganhos Funcionais

Falar de *outcomes* e de ganhos em saúde é, impreterivelmente, falar de reabilitação. Os *outcomes* advindos da reabilitação são mudanças no desempenho de uma pessoa ao longo do tempo, imputáveis às intervenções de reabilitação, intervenções essas que visam as funções e estruturas corporais, atividades e participação, fatores ambientais e fatores pessoais, que permitem ao indivíduo alcançar e manter um nível ótimo de funcionalidade em interação com o seu ambiente. Destas intervenções advem a melhoria e/ou restabelecimento da funcionalidade, maior nível de independência, menor carga de cuidado, adaptação à perda funcional, regresso mais rápido a funções ou ocupações e melhor qualidade de vida (WHO, 2011; WHO, 2017).

A evidência demonstra que a reabilitação contribui para a redução do tempo de permanência no hospital, mitigando assim as consequências negativas sociais e de saúde associadas a hospitalizações prolongadas. Ao melhorar a capacidade da pessoa participar, de forma plena na vida quotidiana, a reabilitação não só reduz os custos relacionados aos cuidados e necessidade de apoio contínuos, como acelera o regresso à vida profissional e familiar. Assim sendo, a reabilitação permite antecipar a alta hospitalar e prevenir a readmissão, proporcionando às pessoas um maior período de permanência nas suas casas. Embora os benefícios económicos associados a estes *outcomes* sejam geralmente

reconhecidos apenas através de análises a longo prazo, o seu impacto na vida das pessoas é deveras profundo e marcante (WHO, 2017).

Apesar de todos os ganhos em saúde inerentes ao processo de reabilitação, o papel que desempenha na enfatização do impacto de outros cuidados de saúde, nomeadamente intervenções cirúrgicas, cuidados ao doente crítico e gestão de doenças crónicas, e o seu contributo significativo para a diminuição de custos, passa muitas vezes despercebido ou é subvalorizado (Krug & Cieza, 2017).

A previsão da melhoria e a avaliação dos *outcomes* alcançados através de um programa de reabilitação são extremamente úteis, na medida em que contribuem para a determinação do desempenho funcional, permitindo configurar, planear e adaptar os programas de reabilitação; informar o cliente e a família sobre as potencialidades de recuperação, assim como ajudar a prever o nível de dependência de cuidados aquando do momento da alta (Inouye et al., 2000; Ross, 2018).

De acordo com o SPRM et al., (2006), entre os vários *outcomes* advindos da reabilitação, os ganhos funcionais são os mais estudados e aqueles que são alcançados de forma mais rápida, tendo um efeito mais visível no dia-a-dia do cliente.

O *status* funcional e a aquisição de ganhos funcionais são sensíveis aos cuidados de enfermagem (Amaral et al., 2014; Doran et al., 2002), considerando-se ganhos funcionais aqueles que resultam do processo de reabilitação de uma condição de saúde que afeta a capacidade de uma determinada pessoa desempenhar tarefas básicas, de realizar atividades que constituem a sua rotina e de participar de forma significativa na sociedade (Frattali, 1998). Clínicos e especialmente os clientes consideraram sempre os ganhos funcionais como o cômputo final do sucesso da intervenção.

Atualmente, os consumidores e as políticas de reembolso obrigaram os profissionais de saúde a definir e documentar os *outcomes* e a substantiar a eficiência e a eficácia do tratamento (Portney & Watkins, 2015). A capacidade de prever os ganhos funcionais com precisão, permitirá aos gestores dos cuidados de saúde tomar decisões racionais sobre a alocação/distribuição dos recursos de reabilitação. A investigação é um instrumento fundamental que tem ajudado a identificar as diversas variáveis que influenciam e condicionam a obtenção de ganhos funcionais (Heruti et al., 2002).

5.1.1. Fatores que influenciam os ganhos funcionais

Ajudar os clientes a atingirem o seu objetivo, no que concerne ao nível de independência funcional, e otimizar a prestação de serviços, dentro das atuais restrições do

sistema de saúde, requer uma compreensão dos fatores que facilitam ou dificultam o processo de reabilitação, a sua eficiência e eficácia (Patrick et al., 2001).

O declínio da capacidade funcional e as variáveis que afetam diretamente a aquisição de ganhos funcionais são influenciados por diversos fatores. Nomeadamente pessoais, demográficos, socioeconómicos, culturais e psicossociais, estilos de vida e fatores externos e ambientais (Heruti et al., 2002; Rosa et al., 2003).

Os fatores pessoais dizem respeito a todo o percurso de vida de um indivíduo e englobam um conjunto de características que não estão associadas a uma condição de saúde, mas que influenciam a forma como o indivíduo lida com a doença e as suas consequências, tais como género, raça, idade, condição física, hábitos e estilos de vida, educação, estratégias de *coping*, antecedentes sociais, estado civil, habilitações literárias, profissão, rendimentos mensais, experiências pregressas, características psicológicas e *status* cognitivo (Júnior et al., 2015; Maciel & Guerra, 2007; Nogueira et al., 2010; Nubila & Buchalla, 2008; OMS & DGS, 2004; WHO, 2002).

Quanto aos fatores ambientais, estes são constituídos pelo ambiente físico e social que envolve o indivíduo, tratando-se de fatores externos que podem influenciar o desempenho do indivíduo de forma positiva ou negativa, assim como a sua capacidade para executar tarefas e/ou a sua função corporal e estrutural (OMS & DGS, 2004).

Além dos fatores referidos em epígrafe, a recuperação funcional sofre ainda influência de outras condicionantes biológicas e de saúde, designadamente morbilidades, antecedentes de saúde, presença de deficiências, acesso aos serviços de saúde, hospitalização, tempo de internamento, encaminhamento após a alta, uso de medicamentos, sintomatologia depressiva, ocorrência de quedas nos últimos três meses, relações sociais, participação em iniciativas sociais, qualidade da rede de suporte familiar e situação familiar (Fernandes et al., 2012; Júnior et al., 2015; Mutai et al., 2012; Nogueira et al., 2010; OMS & DGS, 2004; Rosa et al., 2003).

Devido à enorme influência destes fatores no nível de recuperação funcional, diversos trabalhos de investigação incidiram a sua atenção na identificação e estudo dos fatores predisponentes à aquisição de ganhos funcionais (Nogueira et al., 2010).

Na investigação dos preditores da aquisição de ganhos funcionais, a idade, o *status* funcional pré evento clínico e o *status* cognitivo são os fatores prevalentes nos vários estudos desenvolvidos.

Apesar de a idade ser um fator redutor no que concerne à caracterização do estado de saúde e da idade avançada não ser sinónimo de incapacidade funcional, ao

envelhecimento está associada uma estrutura orgânica mais vulnerável com repercussões a nível da funcionalidade física, intelectual e social, comprometendo a realização das ABVD e sobretudo, das AIVD (Júnior et al., 2015; Trize et al., 2014). Assim sendo, são inúmeros os estudos (Chen et al., 2013; HersHKovitz et al., 2017; Júnior et al., 2015; Koh et al., 2011; Koh et al., 2013; Mizrahi et al., 2014; Ng et al., 2013; Nogueira et al., 2010; Patel et al., 2017; Semel et al., 2010; Trize et al., 2014) que têm demonstrado associação entre o aumento da idade e/ou idade avançada, baixos scores funcionais e a aquisição deficitária de ganhos funcionais. No entanto, a associação da idade avançada a um maior nível de dependência funcional e a uma menor recuperação funcional não é unânime, uma vez que, apesar de serem em minoria, existem estudos onde esta correlação não foi demonstrada (Beloosesky et al., 2002; Ferreira, 2015; Heruti et al., 1999; McNaughton et al., 2005; Monteiro, 2018; Perez et al., 2016; Press et al., 2007; Ricardo, 2012; Sánchez-Rodríguez et al., 2015).

Um baixo *status* funcional pré evento clínico e/ou na admissão é outro dos principais fatores investigados, apresentando influência sobre o nível de recuperação funcional dos clientes, como comprovam diversos estudos de investigação (Chen et al., 2013; Denti et al., 2008; Heinemann et al., 1987; HersHKovitz et al., 2007; Heruti et al., 1999; Koh et al., 2011; 2013; Lin et al., 2000; Micieli et al., 2002; Patrick et al., 2001; Press et al., 2007; Sánchez-Rodríguez et al., 2015; Semel et al., 2010; Shah et al., 1990; Yu et al., 2005; Yu, & Richmond, 2005).

O estudo dos restantes fatores com influência na aquisição de ganhos funcionais é em muito menor escala, havendo ainda muita inconsistência, divergência e debilidade nos resultados apurados.

A eficiência e eficácia contribuem para uma maior equidade e credibilidade dos cuidados de saúde, além de serem aliadas na luta pela redução de custos, melhor gestão de recursos e tempo de prestação dos cuidados de saúde (Santos & Araújo, 2018). Garantia de qualidade, esforços que visem a melhoria dos cuidados, e a escolha do nível e tipo de programa de reabilitação dependem da eficácia e eficiência em melhorar os *outcomes* dos clientes (Johnston et al., 2003).

Além dos fatores referidos em epígrafe, outros fatores diretamente relacionados com a eficácia e eficiência dos cuidados de reabilitação devem ser tidos em conta no que concerne à aquisição de ganhos funcionais, nomeadamente características da equipa de trabalho, frequência e/ou intensidade da reabilitação e o contexto clínico onde se desenrola a prática de reabilitação (Heruti et al., 2002; Keith, 1997).

O trabalho em equipa é um dos fatores de destaque, contribuindo para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de reabilitação e estando associado a um aumento da eficiência e eficácia dos cuidados, devido à diminuição do desperdício de recursos e tempo minimizado (Santos & Araújo, 2018). Vários estudos demonstraram a aquisição de melhores ganhos funcionais, numa variedade de distúrbios clínicos, em clientes reabilitados por equipas multidisciplinares (Cifu, & Stewart, 1999; Griffiths et al., 2000; Karjalainen et al., 2009; Keith, 1997; Khan et al., 2007; Lancaster et al., 2018; McAlister et al., 2001; Neumann et al., 2010; Powell, 2002; Santos & Araújo, 2018; Semlyen et al., 1998; Stewart et al., 1999).

A intensidade e frequência de um programa de reabilitação (PR) referem-se à porção de cuidados de reabilitação distribuídos num determinado período de tempo (um dia ou uma semana). Presumivelmente, uma maior intensidade/frequência do tratamento está relacionada a uma melhoria do desempenho funcional do cliente. No entanto, o momento, a capacidade do paciente beneficiar do tratamento e outros fatores podem influenciar os resultados auferidos (Keith, 1997).

Segundo a evidência apurada, de forma a serem alcançados melhores resultados, os clientes devem receber um PR intensivo e multidisciplinar. Assim sendo, os clientes devem ser alvo de um PR de três horas em cinco de sete dias consecutivos, ou de um programa de 15 horas (900 minutos) em sete dias, em caso de baixa resistência ou na presença de outros motivos impeditivos (Forrest et al., 2019; Kuptniratsaikul, 2016). No que diz respeito aos cuidados providenciados por enfermeiros especializados ou com experiência em reabilitação, estes devem ter uma frequência mínima de três vezes por semana (Forrest et al., 2019). Segundo diversos estudos (DiSotto-Monastero et al., 2012; Jette et al., 2005; Keith, 1997; Kirk-Sanchez & Kathryn, 2001; Peiris et al., 2013; Shewchuk et al., 2010; Wang et al., 2013), existe uma relação significativa entre a intensidade de um PR e a ocorrência de melhorias funcionais.

Por outro lado, vários trabalhos de investigação (Foley et al., 2012; Heineman et al., 1995; Horn et al., 2015; Keren et al., 2004; Slade et al., 2002;) demonstraram não haver relação significativa entre o aumento do tempo e intensidade da reabilitação e a aquisição de melhores *outcomes*, não existindo evidência suficiente que permita estabelecer a intensidade mínima de reabilitação necessária para promover *outcomes* ou a intensidade máxima após a qual a reabilitação não é benéfica (Forrest et al., 2019).

Um acréscimo do número de instalações de reabilitação contribuiu para uma variedade ainda maior de opções terapêuticas e programas de subespecialidade, levando a

uma necessidade premente de abordagens de reabilitação baseadas em evidência, não apenas para justificar a eficácia da reabilitação nos diversos serviços de saúde, mas também para selecionar intervenções que contribuam para uma melhoria e aquisição evidente de *outcomes* funcionais de forma económica (Ng et al., 2007). Essas intervenções são promotoras de ganhos funcionais, realizadas nos diversos contextos de saúde.

O EEER cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, independentemente do contexto onde se encontre, uma vez que os cuidados especializados podem ser concedidos nos mais diversos contextos da prática clínica (regulamento nº 350/2015, 2015). Na realidade da RAM, são quatro os contextos clínicos onde são ministrados cuidados especializados: cuidados hospitalares, REDE regional de cuidados continuados integrados (RRCCI), unidades de internamento de longa duração (UILD) e cuidados de saúde primários (CSP).

Os cuidados hospitalares destinam-se a clientes, vítimas de lesão ou doença, que requerem hospitalização. Os principais objetivos das intervenções de reabilitação no hospital são a manutenção e restauração da funcionalidade e a prevenção de complicações como pneumonia, trombose, embolia pulmonar e úlceras por pressão e a mobilização (precoce) dos clientes (Stucki et al., 2005).

Aquando da admissão hospitalar, é desenvolvido, por um especialista em reabilitação, um plano que vise a melhoria da capacidade funcional, a mobilidade e a independência nas ABV (Sánchez-Rodríguez et al., 2015). Apesar da diminuição do tempo de permanência nos hospitais, o início precoce da reabilitação está associado a melhores *outcomes*: todos os dias contam (Mizrahi et al., 2014).

As RRCCI por sua vez, são unidades de internamento, de carácter temporário, com espaço físico próprio, articuladas com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, destinadas a pessoas com perda transitória de autonomia preferencialmente recuperável. Têm por finalidade a estabilização clínica, a avaliação, e a reabilitação integral da pessoa e a sua principal missão e âmbito de ação incide na reabilitação, readaptação e reinserção social de clientes com o mais diverso tipo de patologias e limitações físicas (JORAM, Portaria nº234/2018). A reabilitação em unidades especializadas é efetuada por uma equipa multidisciplinar e os clientes são selecionados com base nas suas capacidades e potencial para participar num programa ativo de reabilitação (McNaughton et al., 2005).

O objetivo fundamental da reabilitação que ocorre em unidades especializadas é prevenir a incapacidade, promover a autonomia dos pacientes e maximizar os ganhos funcionais, evitando a necessidade de cuidados prolongados (Lew et al., 2002; Stucki et al., 2005). A continuidade de cuidados, desenvolvida em unidades de reabilitação, não só afeta positivamente a aquisição de *outcomes*, como contribui para uma economia de recursos (Jester, 2007).

A UILD é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, destinada a prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. Pode diferenciar-se na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas (JORAM, Portaria nº234/2018).

Em unidades de internamento prolongado, a maioria das pessoas é idosa, fisicamente vulnerável e cognitivamente comprometida, razões pelas quais a promoção de práticas de reabilitação individualizadas torna-se de extrema importância (Vähäkangas et al., 2006). O objetivo das intervenções de reabilitação nas UILD é manter a independência, prevenir e retardar o declínio funcional e a situação de dependência, e melhorar a qualidade de vida dos clientes (JORAM, Portaria nº234/2018; Vähäkangas et al., 2006).

Por fim, os CSP são constituídos pelo agrupamento dos Centros de Saúde da RAM (ACES). O ACES é constituído por várias unidades funcionais cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica (Decreto lei nº28/2008).

A reabilitação na comunidade é uma parte importante da continuidade dos cuidados de reabilitação e ocorre quando um cliente tem alta de um ambiente hospitalar (cuidados agudos ou serviços de reabilitação) e recebe reabilitação adicional em casa, mantendo-se a continuidade dos cuidados (Cook, et al., 2013; Donohue et al., 2013).

As intervenções de reabilitação na comunidade permitem aos clientes alcançar *outcomes* funcionais, melhorando a funcionalidade (preservação da mobilidade) e a qualidade de vida e reduzindo problemas físicos, emocionais e sociais (prevenção do declínio das atividades diárias, reinternamentos e institucionalizações). Com a mudança demográfica da população, a reabilitação comunitária é uma estratégia potencial para uma gestão eficaz do envelhecimento da população, contribuindo para um melhor aproveitamento e economia de recursos (Cook, et al., 2013; Donohue et al., 2013; Vega-Ramírez et al., 2017).

Estudar os fatores preditores é permitir a previsão de resultados funcionais com maior precisão, propiciar a adoção e criação de medidas individuais e políticas que visem a redução das taxas de declínio funcional, contribuindo para a preservação da autonomia. A capacidade de prever com precisão os ganhos funcionais permite aos profissionais de saúde tomar decisões racionais sobre a alocação de recursos de reabilitação e possibilita a uniformização de procedimentos e o desenvolvimento de protocolos dirigidos às reais necessidades de cada grupo alvo de cuidados, contribuindo, desta feita, para cuidados de saúde mais eficientes, eficazes e com maior qualidade (Heruti et al., 2002; Johnston et al., 1992; Júnior et al., 2015; Maciel & Guerra, 2007; Ng et al., 2013; OMS & DGS, 2004; Saxena et al., 2006; Semel et al., 2010).

5.2. Ganhos Funcionais e sua Relevância Clínica

Mensurar os resultados decorrentes de um conjunto de intervenções clínicas é a componente central para a determinação da eficácia e eficiência terapêutica e o cerne dos cuidados de saúde baseados na evidência. A informação emanada do estudo dos *outcomes* só é significativa se os instrumentos de avaliação utilizados forem clinicamente úteis e cientificamente sólidos. Consequentemente, deve ser demonstrado que os instrumentos medem os *outcomes* de forma confiável e válida, devendo os mesmos ser capazes de detetar mudanças clinicamente significativas no *outcome* mensurado (Van der Putten, et al., 1999).

De acordo com Page (2014), a pesquisa clínica só tem valor se for corretamente interpretada, considerando-se importante debruçarmo-nos de forma breve sobre o significado e aquilo que distingue os resultados com diferença estatisticamente significativa dos resultados com diferença clinicamente significativa.

A investigação tradicional recorre a testes estatísticos de hipóteses para inferir algo sobre uma determinada população, usando uma amostra representativa. A estatística é utilizada para responder a questões de probabilidade, de forma a determinar se uma hipótese pode ser aceite ou rejeitada (Page, 2014). A significância estatística é determinada pelo nível de probabilidade (nível p ou α), o nível de p , geralmente aceite, de $\alpha = 0,05$ sugere que há uma probabilidade de 95% dos investigadores rejeitarem corretamente a hipótese nula, quando não houver diferença entre os grupos ou variáveis em estudo (Page, 2014). Desta feita, diferenças estatisticamente significativas, por si só, não devem ser a principal influência para a interpretação clínica de um estudo de *outcomes* com

implicações para a prática, uma vez que, do ponto de vista clínico, a presença (ou ausência) de diferenças estatisticamente significativas é de valor limitado.

As diferenças estatísticas com significância não fornecem informações clínicas sobre variáveis importantes, como tamanho do efeito do tratamento, magnitude da mudança, ou gestão do *outcome*. Efetivamente, um resultado estatisticamente não significativo não implica automaticamente que o tratamento não foi clinicamente eficaz, uma vez que tamanhos pequenos de amostra e variabilidade da medida podem influenciar os resultados estatísticos (Page, 2014).

Uma mudança estatisticamente detetável pode não ser importante para o cliente, como tal, torna-se muito mais relevante que os tratamentos resultem em melhorias clínicas suficientemente significativas para que os clientes os considerem clinicamente importantes (Maltenfort, & Díaz-Ledezma, 2017). Nesta perspectiva, enquanto a maioria das pesquisas se concentra na significância estatística, os clínicos e investigadores clínicos devem se concentrar em diferenças clinicamente significativas (Page, 2014), definidas como a diferença mínima na pontuação, do domínio de interesse, que é percebida pelos clientes como benéfica e que exigiria, na ausência de efeitos colaterais problemáticos e custo excessivo, uma mudança na gestão de clientes (Maltenfort, & Díaz-Ledezma, 2017; Page, 2014).

Lamentavelmente, não existem padrões para calcular as mudanças clinicamente importantes associadas aos *outcomes*, o que constitui um importante desafio para a investigação em saúde. Existe alguma subjetividade na determinação do significado clínico, devido à escassez de pesquisas que determinem valores clinicamente significativos, às variações no *status* e objetivos de cada cliente e à experiência do clínico. Assim, as diferenças mínimas clinicamente importantes são geralmente calculadas comparando-se a diferença no score de avaliação de *outcomes* obtido antes e depois de um determinado tratamento (Page, 2014). Espera-se, contudo, que as estimativas de diferenças mínimas clinicamente significativas difiram, dependendo das características patológicas e comorbilidades dos clientes, mesmo quando o mesmo método de cálculo é usado para um determinado instrumento de avaliação de resultados (Maltenfort, & Díaz-Ledezma, 2017).

Importa considerar situações que refletem alterações estatisticamente detetáveis, mas que não são clinicamente importantes, assim como também é possível ter situações nas quais não há efeito estatístico significativo, mas onde não podemos excluir a possibilidade de uma relevância clínica (Maltenfort, & Díaz-Ledezma, 2017). Em suma, quando se conclui que uma diferença estatística não é significativa, isso não indica

propriamente “que as médias sejam iguais, ou que não exista um efeito substantivo, significa sim que não houve evidência suficientemente forte para provar que essas diferenças eram significativas” (Loureiro & Gameiro, 2011, p. 159).

A interpretação clínica da pesquisa sobre os *outcomes* advindos de um dado tratamento é importante devido à sua influência na tomada de decisões clínicas, incluindo a segurança do cliente e a eficácia do tratamento (Page, 2014), sendo esta uma área prioritária para a investigação em Enfermagem (Richards, Hanssen, & Borglin, 2018).

5.3. Avaliação dos Ganhos Funcionais

O aumento da esperança média de vida, que tem ocorrido nos últimos anos, implica a necessidade de se investir num envelhecimento mais saudável, de forma a manter-se as pessoas com a maior funcionalidade possível e, por conseguinte, com mais e melhor qualidade de vida. Manter melhores índices de capacidade funcional implica uma rigorosa e contínua avaliação da funcionalidade.

A avaliação funcional é uma medição objetiva e quantitativa de áreas funcionais relacionadas com a saúde (saúde física, saúde psicológica, autocuidados), de forma a compreender-se e descrever-se quais as capacidades e quais as limitações do indivíduo para desempenhar de forma independente um conjunto de atividades imprescindíveis ao seu quotidiano. Esta avaliação é multidimensional e transmutável, permitindo identificar habilidades ou deficiências no autocuidado e necessidades relacionadas com o desempenho das atividades de vida (Barros et al., 2010; Hoeman, 2000; Macêdo et al., 2012).

A avaliação funcional visa “determinar o estado físico funcional, documentar as necessidades de intervenções e serviços, traçar um plano de tratamento e avaliar e monitorizar os progressos” (Hoeman, 2000, p.163). É fundamental para a determinação do risco de dependência futura, do aparecimento de complicações ou instalação de doenças crónicas, da possibilidade de ocorrência de quedas e do cálculo de índices de morbilidade e mortalidade (Camara et al., 2008; Ramos 2009).

A influência científica na área da reabilitação teve um papel de relevo no que diz respeito à avaliação funcional, permitindo uma avaliação mais fiável do desempenho, “o refinamento de medições funcionais e medições objetivas dos resultados de reabilitação” (Hoeman, 2000, p. 161). Esta melhoria a nível de avaliação funcional veio influenciar toda a prática de Enfermagem de Reabilitação, tornando-se numa das suas pedras basilares. Desta feita, no que concerne à Enfermagem de Reabilitação, a avaliação funcional, para além de determinar o nível de comprometimento funcional, vai permitir ao EEER

identificar necessidades, estabelecer um plano de intervenções e avaliar resultados. Neste âmbito, torna-se necessário recorrer a instrumentos de avaliação que produzam resultados fiáveis e válidos de forma a suportar a tomada de decisão em enfermagem (Hoeman, 2000).

Várias ferramentas podem ser utilizadas para avaliar tanto a capacidade funcional global como a específica, bem como o processo de reabilitação (Section of Physical and Rehabilitation Medicine (SPRM) et al., 2006), sendo que os instrumentos apropriados devem ser escolhidos de acordo com a situação funcional do indivíduo e a fase do processo de reabilitação. As escalas utilizadas para avaliação da funcionalidade são denominadas de “instrumentos da avaliação funcional” e permitem a avaliação das: ABVD, e AIVD. (Costa, 2006; Macêdo et al., 2012).

Os instrumentos de avaliação da capacidade funcional vão permitir definir o grau de dependência de um indivíduo na realização das atividades de vida e, de uma forma indireta, a sua condição de saúde e a necessidade que este tem de ajuda (Costa, 2006).

As medidas de capacidade funcional variam entre um grau de independência total em todas as atividades de vida, com autonomia completa de decisões, e um grau de dependência total nas ABVD, com perda completa de autonomia de decisão (Lourenço et al., 2012; Ramos, 2009).

Apesar de existirem vários instrumentos que permitem avaliar a funcionalidade em reabilitação, os mais utilizados são a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) e o Índice de Barthel (IB) (Hoeman, 2000). A MIF e o IB incorporam aspetos das funções corporais e desempenho das atividades de vida, assim como as comorbilidades relevantes e a extensão das necessidades de apoio (SPRM et al., 2006).

A escolha dos instrumentos de avaliação depende da fase, dos objetivos do processo de reabilitação e da capacidade funcional do indivíduo. O instrumento de avaliação funcional selecionado deverá ser adequado à avaliação da função pretendida, assim como deve ser fundamentado com estudos prévios que afiancem a sua fiabilidade adequada, permitindo uma medição suficientemente sensível e capaz de traduzir alterações clínicas importantes (Hoeman, 2000; SPRM et al., 2006).

5.3.1. Índice de Barthel

O IB, originariamente designado por índice de incapacidade de Maryland, foi elaborado, em 1965, por Dr. Florence I. Mahoney e a Dr^a. Dorothea W. Barthel. Esta escala foi criada de forma a produzir um índice de avaliação da independência, simples e

útil para a mensuração das melhorias resultantes de um programa de reabilitação. É constituído por 10 itens e é avaliado consoante a quantidade de tempo ou assistência requerida pelo cliente para a realização de um determinado conjunto de tarefas (Araújo et al., 2007; Quinn et al., 2011; Sequeira, 2010).

Este índice avalia o *status* funcional no desempenho das atividades de vida diária de pessoas fisicamente incapacitadas. As ABVD incluídas no IB foram selecionadas com base na importância social percebida e a eleição dos itens que o constituem varia também de acordo com a priorização, efetuada pelos profissionais, do impacto que um défice numa determinada área pode ter sobre a autonomia da pessoa (Dewing, 1992).

O IB avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez ABVD: comer e beber; higiene pessoal; tomar banho; vestir e despir; uso dos sanitários; controlo dos esfíncteres; transferência da cadeira para a cama; deambular; subir e descer escadas. Permite a avaliação da capacidade funcional, possibilitando a determinação do nível de dependência de uma forma integral ou de forma segmentada, dependendo da atividade de vida avaliada (Araújo et al., 2007; Dewing, 1992; Sequeira, 2010).

Apesar do IB não reunir a maioria do consenso, no que diz respeito à sua utilização a nível mundial, no contexto europeu é considerado “*gold standard*” para a avaliação do desempenho das ABVD, sendo amplamente utilizado, em contexto hospitalar, unidades de convalescença e centros de reabilitação. Vários autores consideram-no o instrumento mais adequado para avaliar a incapacidade para a realização das ABVD (Araújo et al., 2007; Kwakkel et al., 2011; Pollock et al., 2014).

No que concerne às características psicométricas, a versão original do IB exibe uma consistência interna boa ($\alpha=0.80 - 0.89$) a excelente ($\alpha=0.93$) (Quinn et al., 2011). O instrumento foi validado para a população portuguesa em 2007, num estudo desenvolvido por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, com idosos não institucionalizados. No processo de validação efetuado, o IB apresentou elevada fiabilidade, boa consistência interna com um *alfa de cronbach* total de 0,96, apresentando os itens da escala correlações com o índice total entre $r = 0,66$ e $r = 0,93$. Estes resultados não só estão em concordância com outros estudos, como vão ao encontro dos valores apurados na análise da versão original do IB (Araújo et al., 2007).

Em termos práticos, o IB é descrito como um instrumento simples, de fácil utilização e com baixo custo. A sua aplicação pode ser feita por qualquer profissional de saúde, tornando-se este, em pouco tempo, proficiente na sua utilização. Na descrição

original, este instrumento era aplicado através de entrevista ou de observação não participativa, métodos que continuam a ser os processos *standard* de aplicação.

O IB de cada cliente é avaliado no início do programa de reabilitação e em intervalos regulares durante o desenrolar do processo de reabilitação, até ao momento em que é atingida a máxima recuperação. Desta forma, torna-se possível uma avaliação longitudinal, permitindo determinar quão bem e com quanta rapidez o cliente progrediu até atingir a máxima independência. Normalmente, a ausência de melhorias no score do IB, após um período razoável de tratamento, é indicativa de um fraco potencial para reabilitar (Araújo et al., 2007; Dewing, 1992; Mahoney & Barthel, 1965).

Estas e outras características permitiram uma disseminação rápida do IB, fazendo desta escala de avaliação de atividades de vida diária um dos instrumentos mais utilizados na prática clínica e na investigação (Araújo et al., 2007; Quinn et al., 2011).

Em suma, no contexto clínico, o IB permite obter informações importantes para a prestação de cuidados, uma vez que dá a possibilidade de reconhecer quais as incapacidades funcionais específicas de cada pessoa, permitindo adequar o plano de cuidados de reabilitação às reais necessidades de cada um (Araújo et al., 2007).

5.3.1.a. Índices de Impacto da Reabilitação

O sucesso da reabilitação pode ser mensurado pelas pontuações obtidas através de alguns dos instrumentos que avaliam o desempenho na realização de atividades da vida diária. Os índices de impacto da reabilitação (IIR) são calculados com recurso às pontuações desses instrumentos e incluem o *status* funcional antes da admissão, na admissão, durante o PR e na alta, bem como o tempo de duração do PR (Sánchez-Rodríguez et al., 2015).

Nas últimas duas décadas, cinco IIR foram desenvolvidos como instrumentos compostos de avaliação dos *outcomes* resultantes de um PR, cada um com um nível variável de evidência (Koh, Chen, Petrella et al., 2013). No presente estudo, serão utilizados os três principais IIR, designadamente Ganho Funcional Absoluto (AFG), Ganho Funcional Relativo (RFG) e o Índice de Eficiência da Reabilitação (REI).

Segundo a evidência científica (Adunsky et al., 2003; Heruti et al., 2002; Koh et al., 2011; Kwakkel et al., 2011; Mizrahi et al., 2014), são necessárias sete ou mais sessões de reabilitação para que existam efeitos da reabilitação mensuráveis, motivo pelo qual, antes de se proceder ao cálculo dos três IIR referidos em epígrafe, foram excluídos da amostra todos os clientes com menos de sete sessões de reabilitação.

Um dos IIR mais utilizado na investigação clínica é o AFG, o qual avalia a diferença entre os scores funcionais da admissão e do momento da alta, permitindo apurar os ganhos totais alcançados pelo cliente alvo de estudo (Koh et al.,2013; Sánchez-Rodríguez et al., 2015).

Este IIR é o mais usual, uma vez que permite a monitorização da variação da capacidade funcional no âmbito dos PR, sendo que um valor positivo corresponde a uma melhoria da capacidade funcional e um resultado negativo a uma deterioração da funcionalidade (Araújo et al., 2007; Sánchez-Rodríguez et al., 2015).

O IIR Ganho Funcional Relativo (RFG), também denominado de índice Heinemann ou Montebello Rehabilitation Factor Score (MRFS), expressa a recuperação funcional como uma percentagem do potencial de melhoria funcional máxima efetivamente alcançada durante a reabilitação. A aquisição do potencial máximo é o retorno ao score funcional pré-morbilidade (Koh et al.,2013; Sánchez-Rodríguez et al.,2015). O RFG foi desenvolvido com intuito de contornar o “efeito teto” verificado muitas vezes aquando do cálculo isolado do AFG, e com o objetivo de calcular o potencial de melhoria específico de cada cliente (Hershkovitz et al., 2007; Koh et al.,2013).

Recentemente, alguns autores classificaram este parâmetro como “índice de eficácia da reabilitação”, uma vez que este permite apurar a percentagem de capacidade funcional readquirida, avaliada no momento da alta, tendo como ponto de referência e comparação a avaliação funcional do momento de admissão ao PR, preditiva de um baixo *status* funcional. A percentagem alcançada vai refletir a proporção de melhoria potencial conquistada através da reabilitação (Sánchez-Rodríguez et al.,2015).

Por sua vez, o Índice de Eficiência da Reabilitação (REI) expressa o aumento médio na pontuação de um instrumento de avaliação funcional por dia e esse resultado permite apurar a celeridade com que ocorre a recuperação de cada cliente alvo de estudo (Koh et al.,2013; Sánchez-Rodríguez et al.,2015).

O REI possibilita uma medida objetiva dos *outcomes*, com base no ganho funcional e nos dias de internamento ou de reabilitação, permitindo avaliar a eficiência do tratamento e comparar os resultados da reabilitação em diferentes contextos, populações de clientes e estudos (Yu, Evans, & Sullivan-Marx, 2005).

6. REVISÃO DE LITERATURA: GANHOS FUNCIONAIS COM RECURSO AOS ÍNDICES DE IMPACTO DA REABILITAÇÃO

É de grande relevo em qualquer investigação a realização de uma pesquisa exaustiva da melhor evidência disponível na área. Consubstanciando um “estado da arte”, além de possibilitar a identificação de *gaps* no conhecimento, permitirá escurtinar a evolução da investigação sobre os tópicos alvo de estudo.

A pesquisa efetuada para este estudo implicou a utilização de várias palavras-chave sobre a evidência disponível em relação a conceitos como ganhos funcionais, *functional outcomes*, *outcomes*, evolução funcional, recuperação funcional, capacidade funcional, funcionalidade, índices de impacto da reabilitação, Enfermagem de Reabilitação, constituindo estes a base para a presente investigação.

Tendo como referência a literatura disponível em bases de dados científicas, publicada nos últimos dez anos, considera-se pertinente abordar estudos que reportem a utilização de pelo menos um instrumento de avaliação da funcionalidade, que objetivem o apuramento dos ganhos funcionais advindos de um PR, e/ou o estudo dos fatores que predisõem a um maior nível de efetividade e/ou eficiência dos cuidados de reabilitação.

No contexto nacional, constata-se a fraca produção científica sobre o tópico em estudo. Todavia, a nível internacional, salienta-se a variedade e riqueza da evidência perscrutada.

Neste capítulo, são abordados dez artigos, de teor científico, distribuídos geograficamente da seguinte forma: três de Singapura (Chen et al., 2013; Koh et al., 2011; Ng et al., 2013); três de Israel (Hershkovitz et al., 2017; Meiner et al., 2010; Mizrahi et al., 2014); dois dos EUA (Patel et al., 2017; Semel et al., 2010); e dois Europeus (Espanha) (Pérez et al., 2016; Sánchez-Rodríguez et al., 2015) [ver **ANEXO A**].

Considerando os objetivos de cada um dos estudos analisados, foi possível reuni-los em dois grandes grupos. Metade dos estudos dispuseram-se a investigar os ganhos funcionais advindos de um PR (Hershkovitz et al., 2017; Meiner et al., 2010; Mizrahi et al., 2014; Ng et al., 2013; Semel et al., 2010), enquanto outro grupo pretendeu apurar quais e de que forma determinados fatores influenciam a obtenção de *outcomes* em reabilitação, assim como os níveis de eficiência e eficácia associados aos cuidados de reabilitação (Chen et al., 2013; Koh et al., 2011; Patel et al., 2017; Pérez et al., 2016; Sánchez-Rodríguez et al., 2015).

Relativamente aos programas de reabilitação implementados nos 10 estudos analisados, os cuidados de reabilitação foram prestados por equipas multidisciplinares, com uma frequência máxima de cinco dias por semana na maioria dos estudos (Chen et al., 2013; HersHKovitz et al., 2017; Koh et al., 2011; Meiner et al., 2010; Mizrahi et al., 2014; Ng et al., 2013); sessões com duração de 30 a 45 minutos (HersHKovitz et al., 2017), 60 minutos (Chen et al., 2013; HersHKovitz et al., 2017) e 120 a 180 minutos (Meiner et al., 2010; Mizrahi et al., 2014; Ng et al., 2013). Apenas os estudos de HersHKovitz et al. (2017) e de Sánchez-Rodríguez et al. (2015) descrevem o plano de reabilitação efetivado de forma pormenorizada, permitindo a sua replicação. Os planos de reabilitação em causa incluíam reabilitação no leito, exercícios musculares e respiratórios ativo assistidos, exercícios isométricos, treino de transferências, marcha, subir e descer escadas, treino de equilíbrio, treino muscular, flexibilidade e amplitude articular, estimulação cognitiva, treino de autocuidados e utilização de instrumentos de apoio, sessões de exercício em grupo e reabilitação no domicílio.

No que diz respeito ao alvo de estudo, a maioria das investigações dedicavam-se ao estudo do cliente com Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Koh et al., 2011; Meiner et al., 2010; Mizrahi et al., 2014; Ng et al., 2013; Pérez et al., 2016) seguido do idoso (Chen et al., 2013; Pérez et al., 2016; Sánchez-Rodríguez et al., 2015), e do cliente do foro ortopédico (HersHKovitz et al., 2017; Semel et al., 2010).

No que concerne à colheita de dados, a MIF foi o instrumento de eleição dos investigadores, tendo sido utilizada em seis estudos (HersHKovitz et al., 2017; Meiner et al., 2010; Mizrahi et al., 2014; Ng et al., 2013; Patel et al., 2017; Semel et al., 2010). O IB, por sua vez, foi o segundo instrumento de avaliação da funcionalidade mais usado, sendo possível encontrá-lo em quatro dos estudos (Chen et al., 2013; Koh et al., 2011; Pérez et al., 2016; Sánchez-Rodríguez et al., 2015). Além destes, o índice de Lawton, a Escala de Rankin modificada e o índice de Katz foram outros dos instrumentos utilizados, ainda que de forma pouco relevante.

Com recurso ao score total do IB e da MIF, alguns estudos reportam índices de impacto da reabilitação (IIR), designadamente o Ganho Funcional Absoluto (AFG), o índice de Eficácia da Reabilitação (RE)/ Montebello Rehabilitation Factor Score (MRFS) ou Ganhos Funcionais Relativos (RFG), e o Índice de Eficiência da Reabilitação (REI). O AFG foi o índice mais utilizado, estando presente em oito dos dez estudos mencionados (HersHKovitz et al., 2017; Meiner et al., 2010; Mizrahi et al., 2014; Ng et al., 2013; Patel et al., 2017; Pérez et al., 2016; Sánchez-Rodríguez et al., 2015; Semel et al., 2010). O REI foi

o segundo índice mais aplicado, tendo sido reportado em sete estudos (Chen et al., 2013; Koh et al., 2011; Meiner et al., 2010; Mizrahi et al., 2014; Pérez et al., 2016; Sánchez-Rodríguez et al., 2015; Semel et al., 2010) enquanto o RFG/MRFS foi calculado em seis (Chen et al., 2013; HersHKovitz et al., 2017; Koh et al., 2011; Mizrahi et al., 2014; Pérez et al., 2016; Sánchez-Rodríguez et al., 2015). As fórmulas utilizadas pelos investigadores para calcular estes índices foram variáveis, pelo que, de forma a facilitar a confrontação dos resultados, com recurso aos dados apurados, foram refeitos os cálculos em dois (Mizrahi et al., 2014; Perez et al., 2016) dos dez estudos, aplicando as fórmulas mais comuns, que são, consequentemente, as mais sustentadas pela bibliografia científica.

No que concerne aos ganhos funcionais (HersHKovitz et al., 2017; Meiner et al., 2010; Mizrahi et al., 2014; Ng et al., 2013; Semel et al., 2010), relativamente aos IIR calculados e ao AFG, apenas em 2 estudos (Meiner et al., 2010; Semel et al., 2010) foram atingidos valores clinicamente significativos, ou seja, preditores de ganhos funcionais absolutos (AFG) ≥ 20 pontos. Nos restantes três estudos (HersHKovitz et al., 2017; Mizrahi et al., 2014; Ng et al., 2013), o valor do AFG apurado foi muito semelhante, tendo variado entre 15.2 (HersHKovitz et al., 2017) e 19.7 (Mizrahi et al., 2014).

Quanto aos ganhos funcionais relativos (RFG), nos dois estudos onde este índice foi calculado (HersHKovitz et al., 2017; Mizrahi et al., 2014) obtiveram-se percentagens estatisticamente significativas e preditoras de um nível de eficácia de reabilitação elevado, isto é, um índice $RFG \geq 35\%$. No estudo de HersHKovitz et al. (2017), 34% dos clientes atingiram mais de 50% do seu potencial de reabilitação e no estudo de Mizrahi et al. (2014), a totalidade da amostra evidenciou um nível de eficácia de reabilitação entre 69,2% e 71,5%.

No que concerne ao REI, o índice apurado variou nos três estudos (Meiner et al., 2010; Mizrahi et al. 2014; Semel et al., 2010). O REI mais baixo de 0.37 e 0.39 foi aferido no estudo de Mizrahi et al. (2014), seguido de um REI de 0.43 obtido no grupo de controlo (utentes não submetidos a trombólise) do estudo de Meiner et al. (2010). Estes valores são indicadores de uma eficiência da reabilitação baixa. Os restantes REI avaliados foram clinicamente significativos ($REI \geq 0.5$), tendo sido o REI do grupo alvo de reabilitação do estudo de Meiner et al. (2010), de 0.8, preditor de uma eficiência da reabilitação moderada, e o REI do estudo de Semel et al. (2010), de 1.8, indicativo de uma eficiência da reabilitação elevada.

Assim sendo, neste grupo de trabalhos, podemos constatar que os melhores *outcomes* funcionais apurados foram calculados com recurso ao índice RFG, revelando-se,

nos dois estudos onde foi calculado, a prevalência de uma eficácia elevada dos cuidados de reabilitação. No que concerne aos índices AFG e REI, na maioria dos estudos (Hershkovitz et al., 2017; Meiner et al., 2010; Mizrahi et al., 2014), grande parte da amostra evidenciou *outcomes* funcionais sem relevância clínica e preditores de baixos ganhos funcionais absolutos e de uma baixa eficiência dos cuidados de reabilitação.

Dando continuidade à análise dos estudos e seguindo para o segundo grupo, constituído pelos trabalhos que avaliam a eficácia e eficiência da reabilitação e fatores associados (Chen et al., 2013; Koh et al., 2011; Patel et al., 2017; Pérez et al., 2016; Sánchez-Rodríguez et al., 2015), tal como anteriormente, centrou-se a nossa confrontação nos 3 IIR estudados. Iniciando-se pelo AFG, em dois dos três estudos (Patel et al., 2017; Pérez et al., 2016; Sánchez-Rodríguez et al., 2015), atingiu-se um score clinicamente significativo, 25 pontos no trabalho de Sánchez-Rodríguez et al. (2015), e 21.6 pontos num dos três perfis de complexidade do estudo de Pérez et al. (2016). O índice de AFG foi de 18.2 e 8.6 nos restantes perfis do estudo de Pérez et al. (2016) e de 19.7 no estudo de Patel et al. (2017).

Quanto ao índice RFG, apenas num dos quatro estudos foi apurada uma percentagem indicadora de um nível de eficácia da reabilitação elevado, com um valor médio de 61.7% (Sánchez-Rodríguez et al., 2015). Nos restantes estudos (Chen et al., 2013; Koh et al., 2011; Perez et al., 2016), os scores apurados eram indicativos de uma eficácia da reabilitação baixa a moderada. O RFG dos estudos de Koh et al. (2011), e Chen et al. (2013), foram similares, de 31,7% e 31,6%, respetivamente. O índice RFG mais baixo foi de 8.9% e foi auferido num dos três grupos de complexidade do trabalho de Perez et al. (2016).

Por fim, no que diz respeito ao REI, o valor mais alto, de 2 pontos, foi apurado no estudo de Sánchez-Rodríguez et al. (2015), sendo indicativo de uma eficiência elevada da reabilitação. Os restantes valores do REI obtidos foram bastante similares, 0.47 no estudo de Koh et al. (2011), e num dos perfis de complexidade do estudo de Perez et al. (2016), e 0.46 no trabalho de Chen et al. (2013). Os scores mais baixos foram de 0.40 e 0.1 (Perez et al., 2016). Todos estes valores inferiores a 0.5 são preditores de uma baixa eficiência da reabilitação.

Neste conjunto de estudos, o índice AFG foi aquele que apurou os melhores resultados, evidenciando, em 66,7% dos estudos onde foi calculado, valores clinicamente significativos (Patel et al., 2017; Pérez et al., 2016; Sánchez-Rodríguez et al., 2015). Quanto ao cálculo dos índices RFG e REI, na maioria dos estudos (Chen et al., 2013; Koh

et al., 2011; Perez et al., 2016), os resultados apurados foram preditores da prevalência de cuidados de reabilitação com baixa eficácia e eficiência.

Estes valores demonstram, manifestamente, o papel essencial que a reabilitação assume na recuperação funcional dos clientes e a necessidade de investimento na melhoria da prestação de cuidados especializados em reabilitação.

Em todos os estudos que constituem esta análise, e conforme explanado no ponto 5.1.1 do presente estudo, constatou-se que um conjunto abrangente e variado de fatores sociodemográficos e clínicos afetam de forma significativa a obtenção de *outcomes* funcionais. A idade foi o fator que predominantemente assumiu relação com a aquisição de ganhos funcionais, estando presente na maioria dos estudos (Chen et al., 2013; HersHKovitz et al., 2017; Koh et al., 2011; Mizrahi et al., 2014; Ng et al., 2013; Patel et al., 2017; Semel et al., 2010) que constituem esta revisão de literatura, sendo, desta feita, unânime a relação da idade jovem com o almejo de *outcomes* funcionais mais rápidos e efetivos. Além da idade, a capacidade funcional aquando da admissão, foi outro fator que em sete dos dez estudos analisados (Chen et al., 2013; HersHKovitz et al., 2017; Koh et al., 2011; Mizrahi et al., 2014; Ng et al., 2013; Patel et al., 2017; Sánchez-Rodríguez et al., 2015), demonstrou ser evidentemente preditor da obtenção de maiores ganhos funcionais aquando da alta, apesar de não serem consensuais os valores a considerar. Os fatores relacionados com a saúde, tais como incapacidades funcionais, tipo de lesão, comorbilidades e doenças crónicas, demonstraram ser preditores mais importantes que os fatores sociodemográficos ou sistema social de suporte (Chen et al., 2013). A identificação destes fatores vai permitir otimizar a reabilitação, planear a alta e gerir da melhor forma os recursos (Ng et al., 2013).

No panorama de evidência nacional, a inexistência de investigação científica no âmbito deste estudo e com base no cálculo dos 3 IIR selecionados foi notória, desde o primeiro momento. Na pesquisa efetuada, tendo por base as palavras-chave de interesse, apenas foi apurada literatura cinzenta, resultante de trabalhos académicos e com pouca consistência científica, pelo que a análise de literatura a este nível se cingiu a quatro estudos (Ferreira, 2015; Monteiro, 2018; Ricardo, 2012; Salselas, 2016).

Tal como efetuado em relação aos estudos internacionais, os principais resultados e conclusões foram compilados numa tabela anexa a este trabalho (**ANEXO A**). Os estudos selecionados tinham como objetivos verificar a evolução do grau de dependência dos doentes vítimas de AVC durante o internamento e após a alta (até à consulta de vasculares) (Ricardo, 2012); avaliar a evolução funcional do doente internado numa Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e identificar alguns fatores

sociodemográficos e clínicos que interferem na evolução da independência funcional (Ferreira, 2015); analisar os ganhos em independência funcional do doente que sofreu AVC (Salselas, 2016); e fazer uma análise casuística do internamento do serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Geral de Santo António e respetivos ganhos funcionais, obtidos com recurso a três escalas de avaliação (Monteiro, 2018). Quanto às amostras, a mais pequena era constituída por quarenta e um (41) utentes (Ferreira, 2015), seguindo-se uma amostra de cento e vinte e três (123) indivíduos (Monteiro, 2018), de 219 clientes (Ricardo, 2012), sendo a maior constituída por quatrocentos e oitenta e três (483) sujeitos (Salselas, 2016).

No que diz respeito aos instrumentos de avaliação da funcionalidade, foram utilizados nos quatro estudos o IB. Em apenas um deles (Monteiro, 2018), foi utilizada a MIF como complemento. A evolução funcional foi avaliada nos três estudos através da análise comparativa dos scores das escalas de avaliação da funcionalidade, obtidos em dois momentos distintos, na admissão e aquando da alta ou consulta de seguimento. Os índices de impacto da reabilitação não são referenciados em nenhum dos estudos. No estudo de Salselas (2016), é utilizada a mesma fórmula de cálculo que o índice de eficiência da reabilitação, mas sem lhe ser atribuída essa denominação, sendo designado como ganhos em independência funcional por dia entre a admissão e a alta.

No que diz respeito aos resultados funcionais propriamente ditos, estes foram semelhantes nos quatro estudos, tendo a reabilitação se mostrado efetiva e promotora de ganhos, ao evidenciar-se uma melhoria significativa dos scores funcionais obtidos com recurso ao IB, entre o primeiro momento (admissão) e o último momento de avaliação funcional (alta hospitalar, consultas de seguimento pós alta). Ainda no que concerne à funcionalidade, dois dos estudos (Ferreira, 2015; Ricardo, 2012) efetuaram uma caracterização do nível de dependência funcional da amostra. Tanto no estudo de Ricardo (2012), como no de Ferreira (2015) a maioria da amostra (42% e 39,2% respetivamente), aquando da admissão, era totalmente dependente no desempenho das ABVD. A evolução funcional ocorrida em ambos os estudos é notória no último momento de avaliação funcional, encontrando-se a maior porção da amostra (34,15%) ligeiramente independente no estudo de Ferreira (2015), e independente (31,5%) no estudo de Ricardo (2012).

No que diz respeito às variáveis sociodemográficas analisadas, no estudo de Ferreira (2015), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à evolução funcional de acordo com o sexo, a idade e o estado cognitivo. De igual forma, no trabalho de Ricardo (2012) e Monteiro (2018), a idade evidenciou ser um fator sem

relação com o nível de dependência funcional, aquando da alta. Por outro lado, no estudo de Salselas (2016), foi encontrada relação direta entre a independência funcional, a idade e o score do IB, estando as idades mais avançadas associadas a um score mais elevado do IB, aquando do segundo momento de avaliação funcional.

Apesar das amostras, devido ao número de elementos de alguns dos estudos, poderem ser representativas da população, a impossibilidade de randomização, a especificidade das circunstâncias avaliadas, a enorme heterogeneidade e complexidade clínica dos indivíduos que as constituem, e a diversidade dos contextos onde foram efetuados os estudos exigem a realização de mais trabalhos de investigação nesta área, de modo a que seja possível generalizar os resultados e principais conclusões apuradas.

Esta revisão de literatura veio demonstrar essencialmente a escassez de evidência existente em Portugal, no que concerne ao âmbito de estudo desta dissertação, permitindo realçar o seu papel inovador, no que concerne ao contexto científico e à realidade da investigação na área da reabilitação existente em Portugal. Desta feita, estudos prospetivos, com qualidade e consistência científica que investiguem o impacto da reabilitação na recuperação funcional, a obtenção de ganhos funcionais, assim como os fatores associados a todo o processo de aquisição e restabelecimento funcional devem ser realizados de modo a melhorar-se a qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, tornando-os mais eficazes, eficientes e promotores de ganhos em saúde.

CAPÍTULO II- ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

Este trabalho de investigação desenvolveu-se no âmbito do projeto de grupo intitulado “Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização”, pretendendo-se, através da elaboração do mesmo, caraterizar a Enfermagem de Reabilitação na RAM, no que se refere ao cliente alvo de cuidados (e cuidadores), aos cuidados prestados e aos enfermeiros especialistas na área da reabilitação; identificar associações entre variáveis de relevo no processo de reabilitação; e identificar áreas de potencial melhoria nas condições e cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Seguidamente, são descritas, de forma mais aprofundada, as características metodológicas do presente estudo, parte integrante do projeto de grupo referido em epígrafe.

1.1. Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, com um desenho observacional retrospectivo, descritivo e correlacional.

1.2. Questões de Investigação

Uma prática baseada na evidência implica questionar perplexidades. Assim sendo, com base nas práticas clínicas de cuidados de reabilitação efetuadas ao longo do curso de mestrado em Enfermagem de Reabilitação e da revisão de literatura efetuada previamente, advieram as seguintes questões de investigação:

- Qual o nível de recuperação funcional e os ganhos funcionais (*Functional Outcomes*) obtidos pelos clientes alvo de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação da RAM.?

- Qual o nível de dependência funcional dos clientes alvo de reabilitação na RAM, aquando do momento da admissão e/ou início dos cuidados de reabilitação e aquando do momento de colheita de dados?

- Qual a eficácia e eficiência dos cuidados de reabilitação implementados na RAM, no que diz respeito à aquisição de ganhos funcionais?

- Existe relação entre o Score Total do IB no momento da admissão e o Score Total no momento de colheita de dados, no que diz respeito a uma melhoria da capacidade funcional?

- Existe relação entre a idade e o nível de ganhos funcionais absolutos e/ou resultados funcionais obtidos pelos clientes alvo de cuidados de reabilitação da RAM?

1.3. População e Amostra

Através de uma amostragem não probabilística accidental, foram incluídos no presente estudo, todos os adultos, alvo de intervenção pelos EEER, a exercer funções no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM, E.P.E.), num dia aleatoriamente selecionado (turnos da manhã e tarde do dia 05/06/2019, em todos os serviços do SESARAM, E.P.E.).

Considerando o tamanho da população, conhecido através de contacto prévio com os 114 EEER em exercício nos vários serviços (N=1814 indivíduos) e considerando um erro amostral não superior a 5%, estimou-se ser necessário uma amostra de pelo menos 328 indivíduos para garantia da representatividade no projeto de investigação em epígrafe (Portney & Watkins, 2015).

O cálculo dos índices de impacto da reabilitação requer o score total do IB da admissão (IBm1) e do IB do momento da colheita de dados (IBm2), pelo que foram excluídos da amostra todos os clientes sem *score* total ou sem o preenchimento devido do IBm1 e do IBm2 (Koh et al., 2011).

1.4. Identificação e Operacionalização das Variáveis em Estudo

A operacionalização das variáveis é uma etapa indispensável a todo o processo de preparação da investigação e produção de evidência. No presente estudo, foram consideradas como variáveis dependentes a capacidade funcional e os ganhos funcionais e como variáveis independentes principais a idade, os contextos da prática e o número de sessões de reabilitação.

A capacidade funcional, variável definida no capítulo anterior, foi avaliada com recurso ao IB. Com o estudo desta variável, pretendeu-se caracterizar a amostra relativamente ao nível de dependência funcional e avaliar o progresso dos clientes em termos de funcionalidade, desde o momento da admissão e/ou início da prestação de cuidados de reabilitação, até ao momento da colheita de dados. Esta evolução funcional, foi calculada através da subtração do Score total do IB no momento da colheita de dados e o Score total do IB na Admissão (IBm2 – IBm1). Além da evolução funcional, com base no score do IB, foram mensurados ainda os *outcomes* funcionais, no que diz respeito à

aquisição de ganhos funcionais e à eficácia e eficiência dos cuidados de reabilitação. A avaliação destes *outcomes* foi operacionalizada através do cálculo de três índices de impacto da reabilitação: AFG, RFG e REI.

No que concerne às variáveis independentes, a idade, variável contínua relativa aos anos de vida, foi operacionalizada de acordo com os seguintes intervalos etários: <25 anos; 25 a 49 anos; 50 a 64 anos e > 65 anos.

Quanto aos contextos da prática, variável categórica que diz respeito à estrutura e processos envolventes à prática de cuidados de reabilitação, foram considerados quatro contextos: Cuidados Hospitalares; Unidades de Internamento de Longa Duração (UILD); Unidades da REDE Regional de Cuidados Continuados Integrados de curta e média duração (RRCCI) e Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Relativamente ao número de sessões de reabilitação, variável respeitante ao número de sessões de reabilitação que o cliente é alvo desde a admissão até ao momento da colheita de dados, e com base na evidência, foram operacionalizados dois intervalos a ter em consideração na análise de dados: <sete sessões de reabilitação e ≥sete sessões de reabilitação. O intervalo <sete sessão de reabilitação foi utilizado essencialmente como critério de exclusão.

Outras variáveis de caracterização sociodemográfica e de saúde, tais como género, habilitações literárias, motivo e tempo de seguimento pelo ER, e subsistência de cuidados de reabilitação prestados por outros profissionais de saúde foram também caracterizadas.

1.5. Instrumentos de Colheita de Dados

O desenvolvimento de questionários para mensurar os *outcomes* em termos de funcionalidade e condição de saúde tornou-se um importante ímpeto da investigação na saúde, fornecendo um mecanismo para compreensão da forma como os ganhos funcionais se relacionam com elementos específicos da saúde (Portney & Watkins, 2015).

O conteúdo do instrumento de colheita de dados utilizado na realização deste estudo foi organizado em duas partes, sendo a primeira composta por um questionário preenchido pelo investigador sob forma de entrevista, com questões de caracterização sociodemográfica que permitiram apurar dados como idade, género, escolaridade, contexto da prática, número de sessões de reabilitação e motivo de seguimento pelo EEER. Na segunda parte do instrumento foram colhidos dados relativos à capacidade funcional, com recurso ao IB, tendo em vista o apuramento do *score* funcional do cliente alvo de estudo, em dois momentos distintos: no momento da colheita de dados, e no momento da admissão

e/ou do início da prestação de cuidados de reabilitação. O *score* do IB relativo ao momento de colheita de dados foi apurado pelo investigador, em parceria com o EEER responsável pelos cuidados de reabilitação prestados ao participante no estudo, aquando do momento de colheita de dados, enquanto o IB da admissão foi obtido através de transcrição, pelo investigador, dos *scores* do IB, introduzidos por qualquer profissional de saúde no sistema informático do SESARAM, aquando da admissão do cliente. A colheita foi efetuada sempre começando com o apuramento do *score* funcional mais atual de modo a evitar-se enviesamento dos dados.

O IB foi a ferramenta selecionada, uma vez que é o único instrumento de avaliação da funcionalidade institucionalmente implementado e é parte integrante do *software* informático utilizado diariamente pelos EEER e outros profissionais de saúde do SESARAM. A utilização de instrumentos fidedignos e devidamente adaptados às características culturais e sociodemográficas dos sujeitos alvo de estudo são condição imperativa na investigação, como tal, o facto do IB se encontrar devidamente validado para a população portuguesa (Araújo et al., 2007), foi outro dos critérios que contribuiu para a sua seleção e aplicação neste estudo. A versão do IB utilizada no presente estudo foi a mesma utilizada por Sequeira (2010), uma vez que se encontra devidamente validada e é a mais concordante com a versão original.

1.5.1. Índice de Barthel

O IB é constituído por 10 itens e é avaliado consoante a quantidade de tempo ou assistência requerida pelo cliente para a realização de um determinado conjunto de tarefas. (Araújo et al., 2007; Quinn et al., 2011; Sequeira, 2010). Este instrumento avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez ABVD: comer e beber; higiene pessoal; tomar banho; vestir e despir; uso dos sanitários; controlo dos esfíncteres; transferência da cadeira para a cama; deambular; subir e descer escadas. Permite a avaliação da capacidade funcional, possibilitando a determinação do nível de dependência de uma forma integral ou de forma segmentada, dependendo da atividade de vida avaliada (Araújo et al., 2007; Dewing, 1992; Sequeira, 2010).

A pontuação deste instrumento pode variar entre 0 e 100, com intervalos de 5 pontos, em que 0 corresponde a um nível máximo de dependência e 100 à independência total para todas as ABVD avaliadas (Mahoney & Barthel, 1965). Cada ABVD pode ser pontuada de duas a quatro formas distintas, sendo que zero pontos correspondem a uma

dependência total, enquanto a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos, em função do grau de dificuldade percebido no desempenho de cada tarefa (Araújo et al., 2007; Dewing, 1992; Hoeman, 2000; Sequeira, 2010). Neste estudo, optou-se por utilizar a subdivisão sustentada por Sequeira (2010) e apresentada no quadro da **Figura 4**.

Figura 4

Pontes de Corte Índice de Barthel

Pontuação	Nível de dependência
90 – 100	Independente
60 – 89	Ligeiramente dependente
40 – 55	Moderadamente dependente
20 – 35	Severamente dependente
< 20	Totalmente dependente

Fonte: Sequeira (2010)

Este instrumento foi validado para a população portuguesa em 2007, num estudo desenvolvido por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, com idosos não institucionalizados. No processo de validação efetuado, o IB apresentou elevada fiabilidade, boa consistência interna com um *alfa de Cronbach* total de 0,96, apresentando os itens da escala correlações com o índice total entre $r = 0,66$ e $r = 0,93$. Estes resultados não só estão em concordância com outros estudos, como vão ao encontro dos valores apurados na análise da versão original do IB (Araújo et al., 2007).

1.5.1.a. Índices de Impacto da Reabilitação

No presente estudo serão utilizados os três principais IIR: Ganho Funcional Absoluto (AFG), Ganho Funcional Relativo (RFG) e o Índice de Eficiência da Reabilitação (REI), calculados com recurso às pontuações do IB. Para este cálculo, foram excluídos da amostra todos os clientes com menos de sete sessões de reabilitação.

O Índice de Impacto da Reabilitação AFG foi calculado através da seguinte fórmula (**adm**, admissão) (Koh et al., 2013; Sánchez-Rodriguez et al., 2015):

$$\text{AFG} = \text{IBalta} - \text{IBadm}$$

Um $\text{AFG} \geq 20$ foi considerado expressivo de uma diferença clinicamente significativa (Pérez et al., 2016; Sánchez-Rodriguez et al., 2015).

O RFG, por sua vez, foi calculado usando a fórmula: (**max**, score máximo) (Koh, et al., 2013; Sánchez-Rodriguez et al., 2015).

$$\text{RFG} = \frac{\text{IBalta} - \text{IBadm}}{\text{IBMax} - \text{IBadm}} \times 100\%$$

Considerou-se no presente estudo que um $\text{RFG} \geq 35\%$ é indicativo de que o cliente recuperou pelo menos um terço da perda funcional observada na admissão, considerando este valor como um ponto além do qual a reabilitação pode ser considerada clinicamente eficaz (Sánchez-Rodriguez et al., 2015).

Com base nos valores do RFG publicados e nos critérios clínicos foram considerados 4 grupos de clientes: **Grupo I (RFG =0)** (inclui os clientes que morreram, perderam capacidade funcional durante a sua permanência na unidade de saúde, ou que foram transferidos para outro serviço devido a um evento agudo ou agravamento do estado clínico; valores negativos e indeterminados de um RFG também são considerados como pertencentes a este grupo numa vertente de análise estatística); **Grupo II (RFG 1-34%)** (eficácia da reabilitação foi considerada baixa a moderada); **Grupo III (RFG 35-99%)** (eficácia da reabilitação foi considerada elevada) e **Grupo IV (RFG 100%)** (recuperação total e/ou completa) (Sánchez-Rodriguez et al., 2015).

Por fim, o Índice de Eficiência da Reabilitação (REI), foi calculado usando-se a seguinte fórmula (Koh et al., 2013; Sánchez-Rodriguez et al., 2015):

$$\text{REI} = \frac{\text{IBalta} - \text{IBadm}}{\text{Data Alta} - \text{Data adm}}$$

(ou total de dias de internamento, ou total de dias de reabilitação)

Este índice demonstra o ganho funcional (pontos ganhos no IB), por dia, pelo que um valor negativo foi considerado indicativo do agravamento do *status* funcional durante o usufruto de cuidados de reabilitação (um valor de **0 a 0,49 - baixa eficiência da reabilitação**; **0,50 a 1 - nível de eficiência da reabilitação moderado**; $e > 1$ - **nível de eficiência elevada**). Um $\text{REI} \geq 0.50$ foi considerado expressivo de uma diferença clinicamente significativa (Sánchez-Rodriguez et al., 2015).

1.6. Procedimentos

De modo a facilitar a compreensão de todo o processo de investigação, importa relatar de forma mais pormenorizada cada trecho da colheita de dados.

Previamente à recolha de dados e após a seleção dos instrumentos de colheita, foi elaborado, entre os dias 17 e 28 de maio, um manual de instruções com o modo de aplicação de cada instrumento de avaliação e com orientações para o seu devido preenchimento. No mesmo intervalo de tempo, foi efetuada a codificação de cada item

constituente do questionário de investigação e elaboradas, por uma equipa definida para o efeito pela PI, as bases de dados a serem utilizadas para introdução dos dados, no *Microsoft office excel*.

Entre 27 de maio e 3 de junho, foi calculada a previsão de recursos e de custos (relativos ao número de fotocópias) e efetuada a impressão dos questionários, tendo por base os cálculos de suposição do tamanho da amostra, efetuados precedentemente.

Depois de finalizado todo o processo de preparação dos instrumentos de colheita de dados, foram formadas equipas de campo (constituídas por 2 a 4 investigadores), adquiridos e reunidos todos os materiais de apoio necessários e, entre 28 de maio e 3 de junho, foram efetuados treinos de preparação para a aplicação dos questionários. Estes treinos permitiram esclarecimento de dúvidas e uniformização de intervenções e procedimentos.

A colheita de dados do presente estudo ficou a cargo dos 21 enfermeiros a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e desenrolou-se durante aproximadamente três semanas, tendo decorrido entre o dia 5 e o dia 21 de junho de 2019.

Todos os potenciais participantes foram informados previamente, da natureza e objetivos do projeto, bem como dos procedimentos e metodologias a adotar, da identidade responsável pela investigação e respetivos contactos dos investigadores. Após o esclarecimento de dúvidas e validação da compreensão do estudo, foi disponibilizada aos participantes a folha com resumo das informações mais importantes, devidamente assinada pelo investigador responsável (**ANEXO B**). Finalizado o período de colheita de dados, até ao dia 30 de junho, foi realizada a introdução de todos os dados colhidos, nas respetivas bases de dados, previamente elaboradas para o efeito.

1.7. Considerações Éticas

No presente estudo de investigação, todo o processo de colheita de dados foi efetuado com base nas diretrizes éticas nacionais e internacionais, preconizadas para a área da investigação clínica. Desta feita, foi garantido o cumprimento da declaração de Helsínquia, da Lei nº 67/98, de 26 de outubro, referente à lei de proteção de dados pessoais e do código de ética e deontologia da profissão de enfermagem.

Em conformidade com os princípios éticos descritos em epígrafe, foi enviado ofício à Presidente do Conselho de Administração do SESARAM (**ANEXO C**), a 2 de maio de 2019, e efetuada submissão do projeto de investigação de grupo (**ANEXO D**), a

fim de se obter parecer e autorização da Comissão de Ética. Após parecer favorável das entidades competentes (**ANEXO E**), a 5 de junho de 2019, deu-se início à colheita de dados.

Ao longo do processo de colheita de dados, foram garantidas condições de privacidade e confidencialidade aos participantes no estudo. O anonimato e confidencialidade dos dados foram assegurados com recurso a um número de identificação (IDNR), atribuído a cada um dos participantes antes do preenchimento do questionário, e que, *à posteriori*, vigorou em todas as folhas de registo, em substituição dos dados pessoais. Foram recolhidos apenas dados respeitantes às variáveis em estudo e toda a informação colhida foi devidamente codificada. Após lançamento dos dados, todos os questionários aplicados, assim como toda a informação pessoal colhida junto dos participantes, ficou conservada num local seguro, na posse da PI, sendo todos eles, sem exceção, alvo de destruição após a conclusão do estudo.

Depois de disponibilizada toda a informação, foi providenciado documento de consentimento informado (**ANEXO F**) que foi assinado, preferencialmente, pelo participante (ou familiar cuidador) e pelo investigador responsável pela aplicação do questionário. Foi sempre reforçado o facto de o participante ter o direito de desistir, em qualquer momento da colheita de dados, sem que daí decorresse qualquer dano ou prejuízo.

1.8. Processamento dos Dados

Finda a colheita de dados, a cada investigador foram atribuídos cerca de 25 questionários preenchidos, e deu-se início ao lançamento dos dados na plataforma do *Microsoft Office Excel* elaborada exclusivamente para o efeito. Quando concluída a introdução individual dos dados (30/06/2019), efetuada por investigadores não ligados à sua colheita, as bases totalmente preenchidas foram enviadas para o PI, que efetivou a sua compilação.

De modo a reduzir viés e facilitar a posterior análise estatística, foram eliminados erros com recurso à verificação manual prévia dos questionários; foi efetuada limpeza das bases de dados, através da verificação aleatória e exclusão de casos fora dos limites padronizados; e foi efetuada codificação de todas as respostas não estruturadas do questionário, de acordo com as suas analogias e tipologia. Todos estes procedimentos foram empreendidos por equipas independentes.

Em relação aos *missing data*, foram excluídos da análise os itens incompletos ou incorretamente preenchidos. Toda esta fase de processamento dos dados desenrolou-se entre 30 de junho e 28 de julho.

1.9. Tratamento Estatístico

Neste estudo de investigação, o tratamento estatístico foi efetuado com recurso a técnicas de estatística descritiva, nomeadamente frequências absolutas (n) e frequências relativas (%); medidas de tendência central como média, mediana e moda; e medidas de dispersão, designadamente variância e desvio padrão. Além da estatística descritiva, recorreu-se à estatística inferencial.

A existência de anormalidades de distribuição das variáveis em estudo impossibilitou a utilização de testes paramétricos, motivo pelo qual foram utilizados o teste de hipótese não paramétrico de Wilcoxon Signed Rank e a correlação bivariada de Spearman. O teste de Wilcoxon foi utilizado com o intuito de ser analisada a variação dos scores do IB, em dois momentos de avaliação distintos: na admissão e no momento da colheita de dados. A correlação de Spearman foi calculada entre os Ganhos Funcionais Absolutos (AFG) e a Idade do cliente. Nas análises efetuadas, o nível de significância (p) foi estabelecido em 0,05.

Os resultados numéricos obtidos serão apresentados seguidamente, sob a forma de tabelas e quadros, com arredondamento às centésimas, à exceção dos valores do nível de significância dos testes (p), que são sempre apresentados até às milésimas.

Os dados recolhidos foram introduzidos, organizados e analisados com recurso ao software de cálculo estatístico IBM *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 24.

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

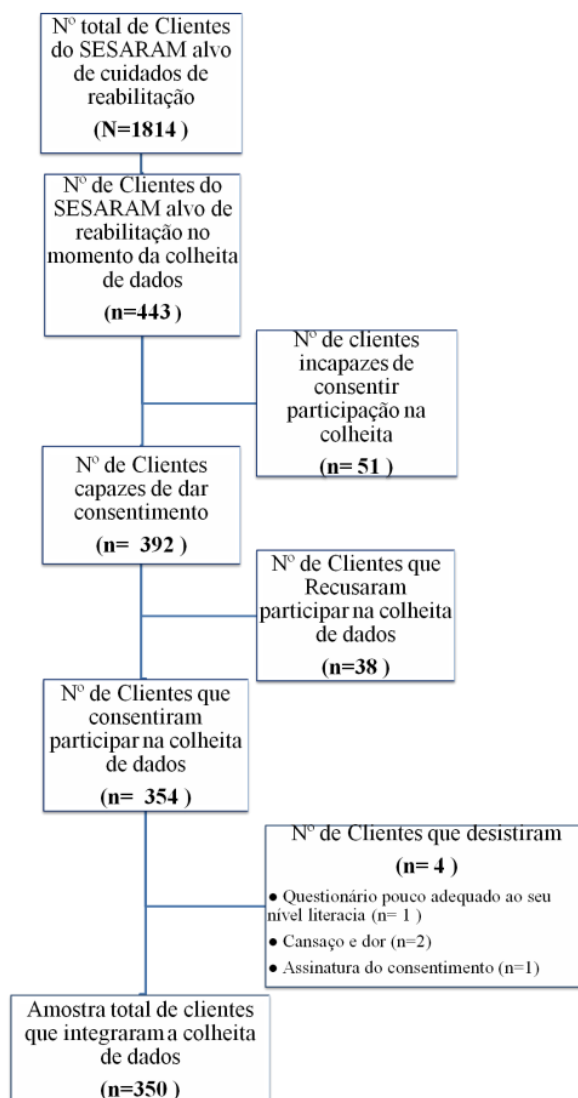
A proficiência dos dados apurados encontra-se diretamente relacionada com a forma como são organizados e apresentados. Como tal, começaremos por descrever os critérios de exclusão que foram considerados, assim como todo o processo de apuramento da população e caracterização da amostra alvo deste estudo. Serão de igual forma descritos os resultados que permitiram caracterizar os cuidados de reabilitação, o nível de dependência funcional e os ganhos funcionais dos indivíduos que constituíram a amostra.

2.1. Análise Descritiva

A maioria dos resultados serão apresentados através de uma análise descritiva, sob a forma de tabelas de frequência, procurando-se estudar as variáveis de caracterização da amostra, assim como o comportamento das variáveis dependentes e das dimensões a elas inerentes.

2.1.1. Apuramento da População e Amostra do Estudo

Com o intuito de se apurar a população alvo de estudo, da forma mais acurada possível, começou-se por fazer um levantamento, junto dos EEER, a exercer funções no SESARAM, do número total de clientes alvo de cuidados de reabilitação na RAM, tendo-se chegado a um $N=1814$. Posteriormente, foram aplicados os critérios de inclusão definidos, apurando-se o número de clientes a ser alvo de reabilitação no momento de colheita de dados predefinido (05/06/2019), obtendo-se um n de 443 indivíduos. Por último, após a implementação dos princípios éticos pré-estabelecidos, chegou-se a uma amostra final de 350 clientes. O n obtido, superior a 328 indivíduos, garante assim a representatividade da amostra. Este processo de apuramento encontra-se descrito no fluxograma representado na **Figura 5**.

Figura 5*Diagrama de Fluxo dos Participantes do Estudo***2.1.2. Caracterização da Amostra do Estudo**

Considerando o critério de exclusão previamente definido para este estudo (participantes com ausência de registo do IB da admissão e do momento de colheita de dados), apurou-se uma amostra de 207 indivíduos. Segundo os dados expressos na **Tabela 1**, no que concerne à caracterização sociodemográfica, a maioria dos clientes que constitui a amostra é do género feminino (68,1%) e apresenta uma idade igual ou superior a 65 anos (63,8%). A faixa etária de <25 anos é a menos representativa, assumindo um percentual de 0,5%. Relativamente às habilitações literárias, o maior percentual da amostra tem uma escolaridade de 1 a 11 anos (77,3%), seguindo-se os analfabetos com uma percentagem de 20,8%.

Tabela 1*Caracterização Sociodemográfica da Amostra*

Características da Amostra	n	%
Amostra	207	100
Género		
Masculino	66	31,9
Feminino	141	68,1
Idade		
< 25 anos	1	0,5
25 a 49 anos	15	7,2
50 a 64 anos	59	28,5
>65 anos	132	63,8
Escolaridade		
Analfabeto	43	20,8
1 a 11 anos	160	77,3
Superior a 11 anos	4	1,9

Quanto à distribuição da amostra por contexto de cuidados, e de acordo com a **Tabela 2**, a maior fração de clientes alvo de cuidados de reabilitação encontra-se no contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), (44,0%), seguindo-se o contexto de Cuidados Hospitalares com 24,2%, e o contexto das Unidades de Internamento de Longa Duração (UILD) com 16,4%. As unidades de REDE Regional de Cuidados Continuados Integrados (RRCCI) assumem a menor representatividade, expressa por uma percentagem de 15,5%.

Tabela 2*Distribuição da Amostra por Contextos da Prática*

Contexto da Prática	n (%)
Cuidados de Saúde Primários	91 (44,0%)
Cuidados Hospitalares	50 (24,2 %)
Unidades de Internamento de Longa Duração	34 (16,4%)
Unidades da REDE Regional de Cuidados Continuados	32 (15,5%)
Total	207 (100,0%)

2.1.3. Caracterização de Acordo com os Contextos da Prática

De modo a tornar mais completa, congruente, e esclarecedora, a exposição dos dados que remanescem, e de forma a facilitar a sua posterior análise e interpretação, considerou-se pertinente, de ora avante, fazer uma apresentação dos dados considerando

sempre os quatro contextos da prática: CSP (n=91), Cuidados Hospitalares (n=50), UILD (n=34) e RRCCI (n=32).

2.1.3.a. Caracterização dos Cuidados de Reabilitação

Depois de descrita e caracterizada a amostra alvo do estudo, considerou-se de interesse proceder à caracterização dos cuidados de reabilitação, através da apresentação dos dados estatísticos relativos à idade média dos clientes alvo de reabilitação, ao tempo e motivo de seguimento pelo EEER e o número de sessões semanais. De acordo com a **Tabela 3**, a idade média dos clientes alvo de Cuidados de Reabilitação varia entre 66,14 anos nas RRCCI e 78,50 anos nos CSP. A idade máxima de 98,59 anos foi identificada nos CSP. No que concerne às restantes variáveis, devido à dispersão da amostra atestada pelo valor do DP, foi considerada a mediana como valor de referência. Quanto ao tempo de seguimento pelo EER, a mediana de dias de acompanhamento mais alta é de 397,50 dias e foi apurada nos CSP, enquanto a mediana de dias de seguimento mais baixa foi de 22 dias e efetivou-se nos Cuidados Hospitalares. Relativamente ao número de sessões semanais com o EEER, a RRCCI é o contexto da prática que apresenta uma mediana mais alta (5 sessões por semana), seguindo-se os Cuidados Hospitalares com uma mediana de 4,00 sessões semanais. Por sua vez, os clientes que recebem menor número de sessões de reabilitação são os das UILD, apresentando uma mediana de apenas uma sessão por semana. A mediana de sessões de reabilitação dos CSP é de duas sessões por semana, o segundo valor mais baixo.

Tabela 3

Caracterização da amostra segundo a Idade, Tempo de Seguimento pelo EEER e Nº de Sessões Semanais de Reabilitação, por contextos da prática

	Contextos da Prática											
	Cuidados Hospitalares			CSP			RRCCI			UILD		
	Idade	T Seg. ER	Nº S/S	Idade	T Seg. ER	Nº S/S	Idade	T Seg. ER	Nº S/S	Idade	T Seg. ER	Nº S/S
Média	66,22	116,41	4,30	78,50	601,50	2,41	66,14	69,03	5,00	68,62	412,47	1,45
Mediana	67,75	22,00	4,00	82,38	397,50	2,00	68,73	60,00	5,00	69,06	120,00	1,00
Moda	41,30 ^a	2,00	3,00	47,94 ^a	1460,00	2,00	28,98 ^a	60,00	5,00	22,15 ^a	30,00	1,00
DP	12,78	188,66	1,90	13,20	528,27	1,29	13,36	52,62	0,72	13,20	620,86	0,78
Mínimo	41,30	1,00	1,00	47,94	10,00	1,00	28,98	6,00	3,00	22,15	1,00	0,00
Máximo	90,47	861,00	7,00	98,58	1460,00	5,00	84,99	244,00	6,00	92,70	2920,00	5,00

Nota: UILD=Unidades de Internamento de Longa Duração; T Seg. ER= Tempo de Seguimento pelo Enfermeiro de Reabilitação; Nº S/S= Número de Sessões Semanais.

^a Há várias modas, o menor valor é apresentado.

Relativamente ao motivo de seguimento pelo EEER, como se pode constatar através da **Tabela 4**, os problemas ortotraumatológicos são o motivo que predomina em três dos quatro contextos da prática, nomeadamente CSP, RRCCI e UILD, com percentagens de 50%, 51,35% e 42%, respetivamente. Nos Cuidados hospitalares, o motivo Outros foi aquele que obteve um maior percentual, 28,57%. É de salientar, o facto de os problemas cardíacos terem sido o motivo de seguimento pelo EEER que apresentou as menores percentagens em 50% dos contextos da prática, nomeadamente Cuidados Hospitalares (3,17%), e RRCCI (0%). Nos CSP, por sua vez, foram a Cirurgia Recente e Outro motivo que apresentaram, em *ex aequo*, menor percentual (5,77%). Importante ressaltar que o total auferido na distribuição por motivo de seguimento difere do total da distribuição da amostra por contexto, uma vez que vários clientes são seguidos pelo EEER por mais do que um motivo de saúde.

Tabela 4

Distribuição da Amostra por Motivo de Seguimento pelo EEER, por contextos da prática

Motivo	Contextos da Prática							
	Cuidados Hospitalares		CSP		RRCCI		UILD	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cardíaco	2	3,17	8	7,69	0	0,00	5	10,00
Respiratório	13	20,63	10	9,62	1	2,70	9	18,00
Ortotrauma	7	11,11	52	50,00	19	51,35	21	42,00
Neurológico	13	20,63	22	21,15	14	37,84	8	16,00
Cirurgia Recente	10	15,87	6	5,77	1	2,70	3	6,00
Outro	18	28,57	6	5,77	2	5,41	4	8,00
Total	63	100	104	100	37	100	50	100

Nota: CSP=Cuidados de Saúde Primários; RRCCI= Unidades da REDE Regional de Cuidados Continuados Integrados; UILD=Unidades de Internamento de Longa Duração.

Uma vez que os Cuidados de Reabilitação podem ser prestados por profissionais de saúde além dos EEER, considerou-se pertinente apurar a percentagem de clientes que usufruía, ou não, de cuidados de reabilitação prestados por outros profissionais. Assim sendo, segundo a **Tabela 5**, 96% dos indivíduos nos Cuidados Hospitalares e 92,3% dos clientes nos CSP recebem cuidados de reabilitação prestados exclusivamente pelo EEER, sucedendo o mesmo nas UILD, em que a totalidade dos sujeitos da amostra (100%) não recebe reabilitação prestada por profissionais de saúde que não os EEER. A única exceção ocorreu nas RRCCI, onde 78,1 % da amostra recebe cuidados de reabilitação prestados pelos EEER em cooperação com outros profissionais de saúde.

Tabela 5*Distribuição da Prestação de Cuidados de Reabilitação por Profissional, por contextos da prática*

Cuidados Reabilitação	Contextos da Prática							
	Cuidados Hospitalares		CSP		RRCCI		UILD	
	n	%	n	%	n	%	n	%
EEER e Outros Prof	2	4	7	7,7	25	78,1	0	0
EEER	48	96	84	92,3	7	21,9	34	100
Total	50	100	91	100	32	100	34	100

Nota: CSP=Cuidados de Saúde Primários; RRCCI=Unidades da REDE Regional de Cuidados Continuados Integrados; UILD=Unidades de Internamento de Longa Duração; EEER=Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

3.1.3.b. Caracterização do Nível de Dependência Funcional da Amostra

Com recurso ao score total do IBm1 e ao score total do IBm2, foi possível caracterizar a capacidade funcional (variável dependente) da amostra em estudo, no que concerne ao nível de Dependência, com base nos dois momentos de avaliação da funcionalidade.

Assim sendo, no que diz respeito ao nível de dependência, e com base na **Tabela 6**, podemos constatar que aquando da aplicação do IBm1, nos Cuidados Hospitalares com uma percentagem de 46%, e nas UILD com um percentual de 47,1%, a maioria dos clientes eram Totalmente Dependentes nos autocuidados. Nas RRCCI, por sua vez, a maioria da amostra, no momento da admissão, situava-se no nível Moderadamente Dependente, com uma percentagem de 34,4%. Nos CSP, a maior parte da amostra (47,3 %) era independente. No entanto, tanto nos Cuidados Hospitalares, como nos CSP, o segundo Nível de Dependência que obteve maior percentagem correspondeu ao extremo oposto do nível predominante, isto é, Totalmente Independente (20,0%) nos Cuidados Hospitalares e Totalmente Dependente (29,7%) nos CSP.

Com base no Score Total do IBm2, nos Cuidados Hospitalares, a maioria dos Clientes mantinha-se Totalmente Dependente, (26,5%). Nos CSP, com uma percentagem de 62% e na RRCCI, com uma taxa de 44,1%, a maior parte da amostra era independente nos autocuidados. Nas UILD, os indivíduos apresentavam, maioritariamente, um nível de Dependência Total (54,3%). É de realçar a diferença nas amostras, sendo a amostra do primeiro momento de avaliação de 207 e a do segundo momento de avaliação

(correspondente ao momento atual de colheita de dados) de 348, o que pode interferir com o comportamento dos dados e a análise da evolução funcional dos clientes.

Tabela 6

Classificação do Nível de Dependência, tendo em conta o Score Total do Índice de Barthel da Admissão (IBm1) e do Índice de Barthel Momento de Colheita de Dados (IBm2)

	Contextos da Prática							
	Cuidados Hospitalares		CSP		RRCCI		UILD	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nível de Dependência IBm1								
Independente	10	20,0	43	47,3	1	3,1	0	0,0
Ligeiramente Dependente	1	2,0	8	8,8	9	28,1	6	17,6
Moderadamente Dependente	9	18,0	8	8,8	11	34,4	5	14,7
Severamente Dependente	7	14,0	5	5,5	5	15,6	7	20,6
Totalmente Dependente	23	46,0	27	29,7	6	18,8	16	47,1
Total	50	100	91	100	32	100	34	100
Nível de Dependência IBm2								
Independente	21	18,6	103	62,0	15	44,1	1	2,9
Ligeiramente Dependente	16	14,2	23	13,9	11	32,4	4	11,4
Moderadamente Dependente	23	20,4	12	7,2	5	14,7	4	11,4
Severamente Dependente	23	20,4	9	5,4	2	5,9	7	20,0
Totalmente Dependente	30	26,5	19	11,4	1	2,9	19	54,3
Total	113	100	166	100	34	100	35	100

Nota: CSP=Cuidados de Saúde Primários; RRCCI=Unidades da REDE Regional de Cuidados Continuados Integrados; UILD=Unidades de Internamento de Longa Duração

2.1.3.c. Caracterização dos Ganhos Funcionais alcançados pela amostra

De forma a caracterizar os ganhos funcionais advindos dos cuidados da reabilitação, foram calculados os três IIR: AFG, RFG e REI, com recurso aos Scores totais do IBm1 e do IBm2. A investigação clínica encontra-se impreterivelmente ligada a ganhos clinicamente significativos. Como tal, a nossa pesquisa não se cingiu aos cálculos básicos dos IIR e, de forma a se tornar mais pormenorizada e com maior interesse para a prática, achou-se por bem complementar os resultados com os cálculos da diferença clinicamente significativa de cada um dos Índices estudados, para cada contexto da prática.

A evidência disponível sugere que são necessárias sete ou mais sessões de reabilitação para que ocorram efeitos mensuráveis (Adunsky et al., 2003; Heruti et al., 2002; Koh et al., 2011; Kwakkel et al., 2011; Mizrahi et al., 2014). Assim sendo, a fim de se calcular os três IIR expressando o verdadeiro impacto da reabilitação na aquisição de ganhos funcionais, excluíram-se todos os indivíduos com um número de sessões de reabilitação inferior a sete. Apurou-se que 78,4% da amostra tem um número de sessões de reabilitação igual ou superior a sete, correspondendo a um **n=160**. A análise dos dados e

apresentação das tabelas, como até então, será efetuada considerando sempre os quatro contextos da prática que passarão a estar distribuídos da seguinte forma: CSP (n=62, 38,7%), Cuidados Hospitalares (n=36, 22,5%), UILD (n=32, 20%) e RRCCI (n=30, 18,8%).

No que diz respeito ao cálculo dos Índices de Impacto da Reabilitação, com base na avaliação do Índice AFG, o mais utilizado na prática clínica e apresentado na **Tabela 7**, podemos constatar que a média mais alta de Ganhos Funcionais Absolutos foi alcançada nas RRCCI, com um valor de 30,83. Depois da RRCCI, os CSP foi o contexto que apresentou uma maior média de ganhos funcionais (18,95), seguidos dos Cuidados Hospitalares, com uma média de 10,97. Quanto às UILD, a média de ganhos funcionais não só foi a mais baixa, como apresentou um valor negativo de -6,09. A moda foi de 0 nos Cuidados Hospitalares, CSP e UILD e de 10 nas RRCCI. A mediana mais alta também foi registada nas RRCCI, com um valor de 30. De acordo com o valor do DP, a maior dispersão, no que se refere à aquisição de ganhos funcionais absolutos, é a pertencente ao contexto dos CSP, variando entre um mínimo de -90 e um máximo de 100 pontos. A RRCCI, pelo contrário, é o contexto com uma maior homogeneidade dos dados.

Tabela 7

Ganhos Funcionais Absolutos da amostra, por contextos da prática

	Contextos da Prática			
	Cuidados Hospitalares	CSP	RRCCI	UILD
n	36	62	30	32
Média	10,97	18,95	30,83	-6,09
Mediana	5,00	0,00	30,00	0,00
Moda	0,00	0,00	10,00	0,00
DP	26,56	41,40	20,81	28,78
Mínimo	-50,00	-90,00	0,00	-65,00
Máximo	80,00	100,00	75,00	80,00

Nota: CSP=Cuidados de Saúde Primários; RRCCI=Unidades da REDE Regional de Cuidados Continuados Integrados; UILD=Unidades de Internamento de Longa Duração.

O estudo dos Ganhos Clinicamente Significativos (GCS), resultante do cálculo do Índice AFG, encontra-se expresso na **Tabela 8**. De acordo com os resultados apurados, apenas no contexto das RRCCI é que a maior percentagem da amostra, de 66,7%, apresentou ganhos com uma diferença clinicamente significativa. Nos Cuidados Hospitalares, apurou-se a segunda maior taxa de GCS, com uma percentagem de 36,1%.

Nos Cuidados Hospitalares, CSP e UILD a ausência de ganhos clinicamente significativos foi o resultado que assumiu maiores percentagens, representando 63,9%, 66,1% e 87,5% respetivamente.

Tabela 8

Ganhos Clinicamente Significativos com base no cálculo do Índice de Ganhos Funcionais Absolutos, por contextos da prática

GCS	Contextos da Prática							
	Cuidados Hospitalares		CSP		RRCCI		UILD	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ausência de Ganhos	23	63,9	41	66,1	10	33,3	28	87,5
Presença de Ganhos	13	36,1	21	33,9	20	66,7	4	12,5
Total	36	100	62	100	30	100	32	100

Nota: GCS=Ganhos Clinicamente Significativos; CSP=Cuidados de Saúde Primários; RRCCI= Unidades da REDE Regional de Cuidados Continuados Integrados; UILD=Unidades de Internamento de Longa Duração.

Dando continuidade ao cálculo dos IIR, avaliou-se o RFG, como evidenciado na **Tabela 9**. Uma maior eficácia dos Cuidados de Reabilitação foi apurada nas RRCCI, apresentando a amostra uma média do potencial de melhoria funcional efetivamente alcançada, de 63,14%. Seguidamente, os Cuidados Hospitalares foram o contexto onde se refletiu um maior índice de eficácia, apresentando a amostra uma média de 18,94%. Subsecutivamente, os CSP evidenciaram uma média de 10,42%. Nas UILD foi apurada a média mais baixa de -27,09%. Uma moda de 0 foi a predominante, estando presente em três dos quatro contextos, nomeadamente Cuidados Hospitalares, CSP e UILD. Na RRCCI, por outro lado, a moda foi de 100. De realçar o DP de 127,30 apurado nos CSP, demonstrando uma vez mais grande dispersão dos resultados neste contexto.

Tabela 9

Eficácia dos Cuidados de Reabilitação, com base no Cálculo dos Ganhos Funcionais Relativos, por contextos da prática

	Contextos da Prática			
	Cuidados Hospitalares	CSP	RRCCI	UILD
n	36	62	30	32
Média	18,94	10,42	63,14	-27,09
Mediana	5,96	0,00	68,33	0,00
Moda	0,00	0,00	100,00	0,00
DP	30,70	127,30	32,08	90,02
Mínimo	-55,56	-900,00	0,00	-433,33
Máximo	100,00	100,00	100,00	94,12

Nota: CSP=Cuidados de Saúde Primários; RRCCI=Unidades da REDE Regional de Cuidados Continuados Integrados; UILD=Unidades de Internamento de Longa Duração.

Relativamente aos GCS associados ao cálculo do Índice RFG, e com base na **Tabela 10**, mais uma vez a RRCCI foi o único contexto, onde a amostra em estudo, obteve na maioria ganhos clinicamente significativos, com uma percentagem de 76,7%. Os CSP foi o contexto com a segunda maior taxa de GCS, apresentando um percentual de 30,6 %. Na maioria dos contextos da prática, a ausência de ganhos clinicamente significativos foi o resultado que assumiu maiores proporções, representando uma percentagem de 69,4 % nos CSP, 72,2 % nos Cuidados Hospitalares e 93,8% nas UILD.

Tabela 10

Ganhos Clinicamente Significativos, com base no cálculo do Índice de Ganhos Funcionais Relativos, por contextos da prática

GCS	Contextos da Prática							
	Cuidados Hospitalares		CSP		RRCCI		UILD	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ausência de Ganhos	26	72,2	43	69,4	7	23,3	30	93,8
Presença de Ganhos	10	27,8	19	30,6	23	76,7	2	6,3
Total	36	100	62	100	30	100	32	100

Nota: GCS=Ganhos Clinicamente Significativos; CSP=Cuidados de Saúde Primários; RRCCI=Unidades da REDE Regional de Cuidados Continuados Integrados; UILD=Unidades de Internamento de Longa Duração.

Com base no cálculo do RFG, é possível classificar os ganhos funcionais, de acordo com quatro Grupos de Eficácia da Reabilitação: “sem eficácia (Grupo 1)”, “eficácia baixa/moderada (Grupo 2)”, “eficácia elevada (Grupo 3)” e “eficácia máxima (Grupo 4). Os resultados advindos desta classificação são os evidenciados na **Tabela 11**.

Nos Cuidados Hospitalares, com uma percentagem de 44,4%, a maioria da amostra pertence ao Grupo 1 (sem eficácia) e a segunda maior percentagem da amostra, 27,8%, pertence ao Grupo 2 (eficácia baixa a moderada). Uma taxa de 2,8% da amostra situou-se no Grupo 4 (eficácia máxima). Tal como nos Cuidados Hospitalares, nos CSP, 59,7% da amostra faz parte do Grupo 1, enquanto a segunda maior proporção da amostra (21%), pertence ao Grupo 4. Neste mesmo contexto, 9,7 % da amostra inclui-se no Grupo 2 (eficácia baixa a moderada) e no Grupo 3 (eficácia elevada).

No que ao contexto das RRCCI diz respeito, ao contrário dos restantes, 56,7 % da amostra faz parte do Grupo 3, (eficácia elevada). A segunda maior proporção da amostra, de 20%, é pertencente ao Grupo 4 (eficácia máxima). A percentagem mais pequena de 6,7%, insere-se no Grupo 1, (sem eficácia).

As UILD são o contexto da prática que apresenta uma maior proporção da amostra (71,9%), situada no Grupo 1, representando o Grupo 2, (eficácia baixa a moderada) a segunda maior taxa, com uma percentagem de 21,9%. Nas UILD, 6,3 % da amostra inseriu-se no Grupo 3 (eficácia elevada)

Tabela 11

Classificação dos Ganhos Funcionais Relativos, de acordo com os 4 Grupos de Eficácia da Reabilitação, por contextos da prática

Cuidados de Reabilitação	Contextos da Prática							
	Cuidados Hospitalares		CSP		RRCCI		UILD	
	n	%	n	%	n	%	n	%
G1- Sem Eficácia	16	44,4	37	59,7	2	6,7	23	71,9
G2- Eficácia Baixa/Moderada	10	27,8	6	9,7	5	16,7	7	21,9
G3-Eficácia Elevada	9	25,0	6	9,7	17	56,7	2	6,3
G4-Eficácia Máxima	1	2,8	13	21,0	6	20,0	0	0,0
Total	36	100	62	100	30	100	32	100

Nota: CSP=Cuidados de Saúde Primários; RRCCI=Unidades da REDE Regional de Cuidados Continuados Integrados; UILD=Unidades de Internamento de Longa Duração.

A eficiência dos Cuidados de Reabilitação, nos 4 contextos da prática, foi apurada através do cálculo do REI, encontrando-se explanada na **Tabela 12**. De acordo com os resultados apurados, a média mais alta, de 0,97, foi obtida nos CSP. As RRCCI foram o contexto com a segunda maior média (0,78). Os Cuidados Hospitalares ocuparam a terceira posição, com uma média de 0,40. A média mais baixa, de -0,15 valores, foi obtida nas UILD. A mediana mais elevada (0,69) foi apurada nas RRCCI. O valor mínimo mais baixo (-6,25) foi apurado nos Cuidados Hospitalares e o valor máximo mais alto, de 11,67, foi registado nos CSP. Em todos os contextos a moda é 0.

Tabela 12

Eficiência dos Cuidados de Reabilitação, Cálculo do Índice de Eficiência da Reabilitação, por contextos da prática

	Contextos da Prática			
	Cuidados Hospitalares	CSP	RRCCI	UILD
n	36	62	30	32
Média	0,40	0,97	0,78	-0,15
Mediana	0,05	0,00	0,69	0,00
Moda	0,00	0,00	0,00	0,00
DP	1,83	2,43	0,75	0,64
Mínimo	-6,25	-1,02	0,00	-2,92
Máximo	4,55	11,67	3,89	0,97

Nota: CSP=Cuidados de Saúde Primários; RRCCI=Unidades de REDE Regional de Cuidados Continuados Integrados; UILD=Unidades de Internamento de Longa Duração.

Quanto aos ganhos com diferença clinicamente significativa, obtidos através do cálculo do REI, e expressos na **Tabela 13**, com exceção da RRCCI, as maiores percentagens auferidas, nos contextos da prática, são preditoras de cuidados de reabilitação sem eficiência. As UILD foram o contexto onde os cuidados de reabilitação apresentaram uma taxa maior de ausência de eficiência (93,8%), seguindo-se os CSP, com uma percentagem de 74,2%, e os Cuidados Hospitalares, com um percentual de 63,9%. Pelo contrário, nas RRCCI, a percentagem mais alta da amostra (56,7%) revela a existência de cuidados de reabilitação eficientes. Os Cuidados Hospitalares, com uma percentagem de 36,1%, foram o segundo contexto da prática com maior taxa de cuidados de reabilitação eficientes.

Tabela 13

Ganhos Clinicamente Significativos com base no cálculo do Índice de Eficiência da Reabilitação

Cuidados Reabilitação	Contextos da Prática							
	Cuidados Hospitalares		CSP		RRCCI		UILD	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem Eficiência	23	63,9	46	74,2	13	43,3	30	93,8
Eficientes	13	36,1	16	25,8	17	56,7	2	6,3
Total	36	100	62	100	30	100	32	100

Nota: GCS=Ganhos Clinicamente Significativos; CSP=Cuidados de Saúde Primários; RRCCI=Unidades de REDE Regional de Cuidados Continuados Integrados; UILD=Unidades de Internamento de Longa Duração.

2.2. Análise Inferencial

Por último, a apresentação dos dados será feita através de uma análise inferencial, que permitirá verificar a existência de relação entre diferentes variáveis e ajudará a testar as hipóteses previamente determinadas. Os resultados apresentados farão referência, essencialmente, aos dados estatisticamente significativos, de acordo com os níveis de significância descritos anteriormente neste estudo.

2.2.1. Relação Entre a Capacidade Funcional do Momento da Admissão e do Momento da Colheita de Dados

A H1 sugere a existência de relação entre a capacidade funcional do momento da admissão e do momento da colheita de dados. Tem por base a análise da variação do IB, entre a primeira e a segunda avaliação.

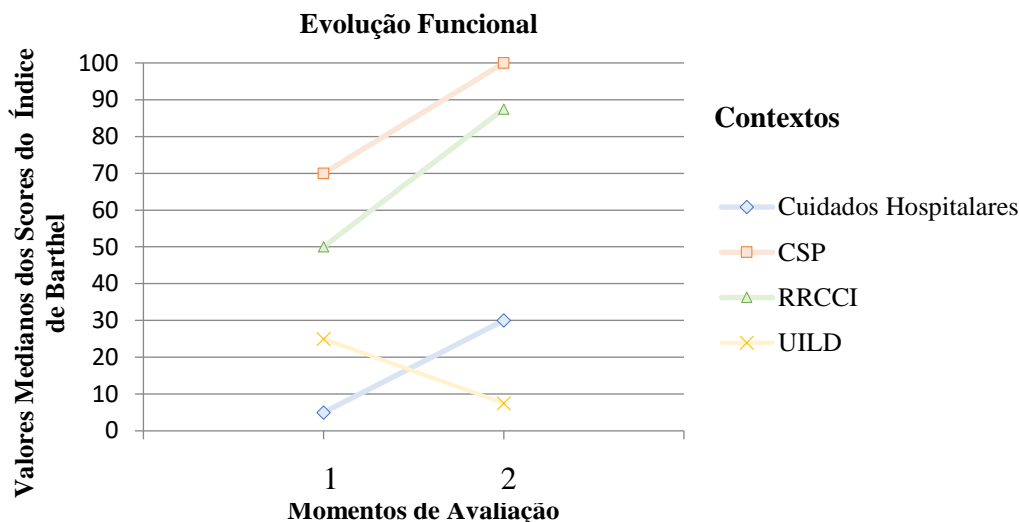
Tendo em consideração que os scores do IB, nos dois momentos de avaliação considerados, não assumiam uma distribuição normal, recorreu-se à estatística não paramétrica (i.e., Wilcoxon Signed Rank Test) para identificar diferenças entre os scores na admissão e no momento da colheita de dados. Nas análises, consideraram-se dois grupos: 1) (os clientes com mais de sete sessões de reabilitação) e 2) (os clientes com menos de 7 sessões de reabilitação).

No que respeita ao grupo com mais de sete sessões de reabilitação, o teste Wilcoxon revelou um aumento estatisticamente significativo no IB, durante o período de seguimento nas diferentes unidades de saúde, $z=-5.01$, $p < .001$, sendo o tamanho do efeito médio ($r=.40$). A mediana do score aumentou desde o momento da admissão ($Md=32.5$) para o segundo momento de avaliação ($Md=60.0$).

Relativamente ao grupo com menos de sete sessões de reabilitação, não foram identificadas diferenças com significado estatístico entre o score do IB na admissão e o score atual, $z=-1.61$; $p=.107$. Neste grupo, a mediana dos scores do IB, na admissão e no segundo momento de avaliação, mantiveram-se inalteradas ($Md=85$).

Numa análise mais detalhada, no grupo com mais de sete sessões de reabilitação, procurou-se verificar se existiam diferenças entre o score do IB da admissão e o score do IB do momento da colheita de dados, em função dos diferentes contextos de prática. Esta análise encontra-se graficamente representada na **Figura 6**.

Nas unidades da RRCCI, o teste Wilcoxon revelou um aumento estatisticamente significativo no IB, durante o período de seguimento neste serviço ($z=-4.63$, $p < .001$), sendo o tamanho do efeito grande ($r=.60$). A mediana do score do IB aumentou do momento da admissão ($Md=50.0$) para o segundo momento de avaliação ($Md=87.50$). No que concerne aos CSP, o teste Wilcoxon revelou um aumento estatisticamente significativo no IB, durante o período de seguimento neste serviço ($z=-3.38$, $p=.001$), sendo o tamanho do efeito médio ($r=.30$). A mediana do score do IB aumentou do momento da admissão ($Md=70.0$) para o segundo momento de avaliação ($Md=100.0$). Nos cuidados hospitalares, o teste Wilcoxon revelou um aumento estatisticamente significativo no IB durante o período de seguimento neste contexto ($z=-2.40$, $p=.016$), sendo o tamanho do efeito pequeno ($r=.03$). O score da mediana do IB aumentou do momento da admissão ($Md=5.0$) para o segundo momento de avaliação considerado ($Md=30.0$). Relativamente ao contexto das UILD, o teste Wilcoxon revelou não haver diferenças estatisticamente significativas no IB, durante o período de seguimento neste serviço ($z=-1.57$, $p=.118$). A mediana do score do IB no momento da admissão foi de 25 e no momento da colheita de dados foi de 7.50.

Figura 6*Evolução Funcional da Amostra*

Nota: Evolução Funcional com base nos valores Medianos do IBm1 e do IBm2, por contexto da prática da amostra com > sete sessões de reabilitação

Através da observação da **Figura 6** e com base na análise apresentada em epígrafe, é possível admitir que, tanto na amostra total, com mais de sete sessões de reabilitação, como nos contextos da prática (Cuidados Hospitalares, CSP e RRCCI), houve diferenças estatisticamente significativas, pelo que se pode admitir a H1. Existindo, nestas circunstâncias, relação estatisticamente significativa entre o Score total do IB apurado no momento da admissão e o Score Total do IB avaliado no momento de colheita de dados. No entanto, no que concerne às UILD, não houve diferenças estatisticamente significativas, motivo pelo qual, neste contexto específico, há que rejeitar a H1.

2.2.2. Relação entre Idade e Aquisição de Ganhos Funcionais Absolutos

A H2 sugere a relação entre a aquisição de Ganhos Funcionais Absolutos (AFG) e a idade, em clientes alvo de sete ou mais sessões de reabilitação. Esta hipótese foi investigada utilizando a correlação de Spearman, uma vez que análises preliminares verificaram a violação dos pressupostos da normalidade.

Considerando o total da amostra, é possível constatar, através dos dados patentes na **Tabela 14**, que as variáveis em estudo apresentaram uma correlação negativa e pequena, com ganhos funcionais mais baixos associados a idades mais avançadas.

Contudo, esta relação não atingiu significância estatística ($\rho = -.137$, $n=160$, $p=.084$). Considerando os contextos da prática, uma relação similar foi identificada na RRCCI ($\rho = -.149$, $n=30$, $p=.434$) e nos CSP ($\rho = -.140$, $n=62$, $p=.277$). Igualmente sem que fosse atingida significância estatística, a correlação entre o AFG e a idade nos contextos dos Cuidados Hospitalares e nas UILD foi positiva e pequena, com maiores ganhos funcionais associados a idades mais avançadas.

Tabela 14

Correlações Bivariadas de Spearman entre os Ganhos Funcionais e a Idade do Cliente

Variáveis	n	ρ	p
AFG * Idade	160	-.137	.084
AFG* Idade nos Cuidados Hospitalares	36	.123	.476
AFG* Idade nas UILD	32	.120	.512
AGF* Idade nas RRCCI	30	-.149	.434
AGF* Idade nos Cuidados de Saúde Primários	62	-.140	.277

Ao observarmos a tabela anterior, a ausência de resultados estatisticamente significativos, corroborada por um nível de significância superior a 0,05 é determinante da rejeição da H2. Assim sendo, é possível admitir que, tanto em relação ao total da amostra como relativamente aos quatro contextos da prática analisados, não existe relação estatisticamente significativa entre os Ganhos Funcionais Absolutos e a idade do Cliente.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão discutidos e interpretados os dados apresentados no capítulo anterior, dando-se relevo aos resultados mais importantes, visando sempre a averiguação da resposta aos objetivos inicialmente delineados e a aferição das melhores conclusões. De forma a facilitar a análise e discussão dos dados, os resultados foram organizados por temas gerais (caracterização sociodemográfica, caracterização dos cuidados de reabilitação, caracterização do nível de dependência funcional) e por contextos da prática, começando-se a discussão pelo contexto que obteve melhores *outcomes* funcionais, e assim sucessivamente (RRCCI, CSP, Cuidados Hospitalares e UILD).

3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra do nosso estudo foi constituída por 207 indivíduos, maioritariamente do género feminino (68,1%), e com uma idade ≥ 65 anos de idade (63,8%). Os resultados apurados vão ao encontro da realidade nacional e regional. Portugal tem uma população envelhecida, tendo 21% dos portugueses 65 ou mais anos de idade e sendo a maioria mulheres (Ministério da Saúde, 2018). Os dados apurados pelo INE (2012b), nos últimos censos efetuados na RAM, demonstraram, de igual forma, um aumento da população idosa, na última década, representando, em 2011, 14,9% da população da Madeira, sendo a maioria da população constituída por mulheres (141 517).

Uma vez que a totalidade da amostra é alvo de cuidados de reabilitação, no que concerne à incapacidade funcional (medida através de limitações à atividade), um dos fatores predisponentes da prestação de cuidados em reabilitação, os dados sociodemográficos apurados neste estudo vão ao encontro dos resultados apresentados no relatório do ODDH (2017), o qual demonstra a maior prevalência da incapacidade, de 42%, na população com 65 anos ou mais, e do género feminino (44,5%).

3.2. Caracterização dos Cuidados de Reabilitação

A nossa amostra distribuiu-se por quatro contextos da prática clínica, encontrando-se a maioria dos indivíduos, 44%, em contexto de CSP, 24,2% nos Cuidados Hospitalares, 16,4% nas UILD e 15,5% no contexto das RRCCI.

Os problemas ortotraumatológicos foram o principal motivo de saúde a demandar a intervenção do EEER, assumindo um percentual de 51,35% nas RRCCI, 50% nos CSP e

de 42% nas UILD. A prevalência das doenças ortopédicas e das lesões traumáticas do aparelho locomotor têm aumentado nos últimos anos, como consequência do aumento da esperança média de vida, do envelhecimento da população e, inerentemente, da frequência de quedas, tornando-se assim as doenças musculoesqueléticas um dos problemas de saúde que mais afeta os portugueses e a sua qualidade de vida (Ministério da Saúde, 2018; Sistema Nacional de Saúde, 2018).

No que diz respeito à durabilidade do acompanhamento especializado, os EEER dos CSP são aqueles que seguem os clientes durante um maior período de tempo (397,50 dias), enquanto os cuidados especializados prestados pelos EEER dos Cuidados Hospitalares são os que têm uma menor duração no tempo (22 dias).

O tempo de permanência nos hospitais gerais varia entre os diversos países. No entanto, atualmente, todos exercem pressão para que as estadias se tornem cada vez mais curtas. Devido à brevidade do internamento, o tempo para a prestação de intervenções de reabilitação é limitado (Stucki et al., 2005).

A maior fração dos clientes que constitui a amostra global, e que faz parte do contexto de CSP, é alvo de duas sessões de reabilitação por semana. A RRCCI é o contexto com uma maior frequência de intervenção por parte do EEER, sendo os clientes alvo de cinco sessões semanais de reabilitação. Nas UILD, os clientes recebem somente uma sessão de reabilitação por semana. A previsão da intensidade terapêutica depende das limitações físicas, do tipo de contexto de cuidados e em menor grau, do *status* funcional na admissão (Chen et al., 2002). Uma maior duração total da reabilitação pode levar diretamente a uma maior independência funcional (Lancaster, 2018). No entanto, não é apenas o número total de horas de reabilitação que é importante, mas o que sucede durante as sessões de reabilitação (McNaughton et al., 2005).

No que diz respeito ao trabalho multidisciplinar, a grande maioria da amostra, nas UILD (100%), nos Cuidados Hospitalares (96%) e nos CSP (92,3%), recebem cuidados de reabilitação prestados exclusivamente pelo EEER. Nas RRCCI, por outro lado, a maioria (78,1 %) recebe cuidados do EEER em parceria com outros profissionais da área da reabilitação. As Instituições de saúde dedicadas à reabilitação (como é o caso das RRCCI) empregam um modelo de cuidar multidisciplinar, enquanto, no que diz respeito aos cuidados hospitalares, devido à situação clínica dos clientes, a maioria dos cuidados de reabilitação são providenciados apenas por enfermeiros, ficando assim a reabilitação a cargo de um único profissional de saúde (Stucki et al., 2005).

3.3. Caracterização do Nível de Dependência Funcional da Amostra

Cerca de 50% da população portuguesa, com mais de 65 anos, apresenta algum tipo de incapacidade ou deficiência, não conseguindo realizar ou realizando com muita dificuldade pelo menos uma de seis atividades de vida diárias (INE, 2012a, ODDH, 2017).

No que concerne ao nível de dependência funcional da amostra, aquando do momento da admissão, os CSP foram o contexto da prática que registou um menor nível de dependência, sendo a maior parte da amostra (47,3%) independente nas ABVD. Segundo Cook et al. (2013), as pessoas mais independentes são mais rapidamente encaminhadas para os cuidados no domicílio (Cook et al., 2013). O estudo de HersHKovitz et al. (2017), efetuado a clientes submetidos a artroplastias totais, revelou que a maioria dos clientes (53,3%), após alta hospitalar, era independente. A semelhança destes resultados com os apurados nos CSP pode dever-se ao facto de 50% da amostra dos clientes neste contexto, ter como motivo de seguimento pelo EEER a patologia ortotraumatológica. Com base na experiência clínica, os clientes do foro ortopédico, normalmente, têm um período de internamento mais curto e melhor prognóstico comparativamente aos clientes neurológicos e, geralmente, não requerem uma reabilitação tão intensiva (Kuptniratsaikul, 2016).

Na RRCCI, a maioria dos clientes (34,4%), aquando da admissão, apresentava-se moderadamente dependente, enquanto nos cuidados hospitalares (46,05%) e nas UILD (47,1%), a grande porção dos sujeitos era totalmente dependente nos autocuidados. Nos estudos de Saxena et al. (2006) e Ricardo (2012), efetuados a doentes com AVC, aquando da admissão, a maioria da amostra posicionava-se num nível de dependência total, com uma percentagem de 54% e 39,02 %, respetivamente, resultados que vão ao encontro dos dados apurados no nosso estudo, no contexto dos Cuidados Hospitalares e nas UILD, sendo a percentagem de doentes seguida pelo EEER por patologia neurológica de 20,63% nos Cuidados Hospitalares e de 16% nas UILD.

No segundo momento de avaliação, a RRCCI foi o contexto da prática onde ocorreu uma evolução funcional mais favorável, passando a maioria da amostra (44,1%) a ser independente nos autocuidados. Nos Cuidados Hospitalares, o maior percentual da amostra (26,5%) permaneceu totalmente dependente. De acordo com Sánchez-Rodríguez, et al. (2015), aquando da alta hospitalar, 21,2% dos clientes foram classificados como tendo uma dependência funcional grave.

Uma vez que o estudo português de Ferreira (2015), foi desenvolvido numa unidade de saúde semelhante ao nosso contexto de RRCCI, considerou-se de interesse fazer uma comparação dos resultados. Aquando da admissão, na investigação de Ferreira

(2015), a maioria da amostra encontrava-se totalmente dependente (42%), passando a maior parte a ser ligeiramente dependente (34,15%), aquando do momento da alta. A única semelhança encontrada com o contexto das RRCCI foi o facto de ter havido uma evolução funcional positiva entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, sendo, no entanto, o nível de dependência alcançado no presente estudo menor em ambos os momentos de avaliação. Depois da admissão em serviços de internamento com reabilitação, 85% dos clientes experienciam uma melhoria ≥ 1 , no que diz respeito ao nível de independência funcional, exigindo até três horas a menos de cuidados por dia, comparativamente aos cuidados prestados no domicílio (Lancaster, 2018). Esta melhoria em termos funcionais constatou-se em todos os contextos com internamento, avaliados no nosso estudo, com exceção das UILD.

Nos CSP, no segundo momento de avaliação, o nível de dependência predominante manteve-se inalterável, sendo a maioria dos clientes independentes, evidenciando, no entanto, percentagens mais favoráveis. De acordo com Lancaster (2018), comparativamente ao momento da admissão, aquando da alta, 82% dos clientes apresentam uma funcionalidade considerável, necessitando apenas de assistência mínima, enquanto 51% dos clientes encontram-se independentes, precisando de 0 horas de assistência por dia.

No presente estudo, as UILD foram o único contexto onde se constatou um agravamento da funcionalidade da amostra, havendo entre as duas avaliações, um aumento evidente do número de indivíduos totalmente dependentes (54,3%). Estes resultados podem dever-se ao facto da maioria dos clientes que se encontram internados nas UILD apresentarem um baixo *status* funcional, sendo esse, na maioria das vezes, o principal motivo do internamento, revelando, a maior parte dos casos, incapacidade de desempenhar de forma autónoma os autocuidados, evidenciando, aquando da admissão, dependência em três ou mais ABVD (Chen et al., 2013; Crocker et al., 2013).

Com base nos resultados discutidos anteriormente, e com o foco num dos nossos objetivos predefinidos, constata-se que, no contexto da prática dos cuidados especializados em reabilitação na RAM, existiu uma evolução funcional, na sua grande maioria positiva, entre o momento da admissão e o momento da colheita de dados, com exceção das UILD, onde ocorreu um agravamento da funcionalidade da maior proporção da amostra. As RRCCI foram o contexto da prática onde ocorreu uma evolução funcional positiva mais notória.

3.4. Caracterização dos Ganhos Funcionais alcançados pela amostra

Os ganhos funcionais foram calculados a uma amostra de 160 indivíduos. Este *n* foi aquele considerado passível de uma mensuração fidedigna dos ganhos funcionais, eficácia e eficiência, advindos dos cuidados de reabilitação prestados na RAM.

3.4.1. Ganhos Funcionais nas Unidade de REDE Regional de Cuidados Continuados Integrados de Curta e Média Duração

As RRCCI foram o contexto que evidenciou melhores *outcomes* funcionais, tendo-se constatado os valores médios mais altos nos 3 IIR mensurados.

No que concerne ao índice AFG, neste contexto, o valor apurado de 30,83, representa um aumento médio de cerca de 30 pontos no score total do IB, entre o momento da admissão e o momento da colheita de dados. Um valor de AFG superior a 20 é indicativo da presença de um resultado clinicamente significativo, pelo que o valor apurado nas RRCCI é preditor da existência, neste contexto, de cuidados de reabilitação maioritariamente promotores de ganhos funcionais com significância clínica (Pérez et al., 2016; Sánchez-Rodriguez et al., 2015).

O valor do AFG apurado nas RRCCI assemelha-se aos resultados obtidos no estudo de Lancaster et al. (2018), no qual os clientes vítimas de trauma apresentaram, em média, uma melhoria da independência funcional de 30 pontos (na pontuação da MIF), depois da admissão em serviços com cuidados de reabilitação, durante um internamento de 17 dias. No contexto das RRCCI, a maioria dos clientes (51,35%) era seguido pelos EEER devido a problemas ortotraumatológicos. O AFG aferido no atual estudo é, de igual forma, comparável ao estudo de Meiner et al. (2010), no qual o AFG do grupo terapêutico (vítimas de AVC submetidas a trombólise) foi de 27,8 pontos; e ao estudo de Pérez et al. (2016), onde, em termos de scores funcionais, os clientes vítimas de AVC, pertencentes ao grupo de baixa complexidade, auferiram um AFG de 21.6 ± 29.0 . Ressalva-se que, nas RRCCI, 37,84% dos clientes eram seguidos pelo EEER devido a patologia neurológica.

Relativamente à eficácia da reabilitação, de acordo com o índice RFG, nas RRCCI, a amostra alcançou um potencial de melhoria funcional bastante expressivo, de 63,14%. Os cuidados de reabilitação prestados nas RRCCI foram os únicos a atingir maioritariamente um índice de eficácia superior a 35%, taxa indicativa da prestação de cuidados promotores de ganhos clinicamente significativos, com uma percentagem de 76,7% dos indivíduos a recuperar pelo menos um terço da perda funcional observada na

admissão (Pérez et al., 2016; Sánchez-Rodriguez et al., 2015). De acordo com a classificação por grupos de eficácia, nas RRCCI, 56,7% da amostra estabeleceu-se no Grupo 3, evidenciando a existência de cuidados de reabilitação com uma “eficácia elevada” (RFG 35-99%). Uma taxa de 20% da amostra foi representativa de uma eficácia máxima dos cuidados de reabilitação e de uma recuperação funcional total (Pérez et al., 2016; Sánchez-Rodriguez et al., 2015). O valor do RFG apurado nas RRCCI permite associação aos resultados de diversos estudos, nomeadamente Mizrahi et al. (2014), no qual, nos dois grupos, AVC pela primeira vez (71,5%) e recidiva (69,2%), houve uma eficácia elevada dos cuidados de reabilitação; Sánchez-Rodríguez et al. (2015), onde a maioria dos clientes (72,9%) atingiu um RFG elevado e uma percentagem substancial de 27,5% obteve uma recuperação funcional total; e ao estudo de HersHKovitz et al. (2017), cujos resultados revelaram que mais de 85% dos clientes submetidos a artroplastia atingiram entre 25% e 75 % do seu potencial de reabilitação.

No que concerne à eficiência dos cuidados de reabilitação, o REI apurado no contexto das RRCCI, de 0,78, é preditor de uma eficiência moderada dos cuidados de reabilitação. É de salientar que, no mesmo contexto, a maior proporção da amostra (56,7%) obteve um REI superior a 0,5, o que prediz a prevalência de cuidados de reabilitação eficientes e com significância clínica (Pérez et al., 2016; Sánchez-Rodriguez et al., 2015). O valor aferido no presente estudo vai de encontro ao REI de 0,8, evidenciado no grupo terapêutico do estudo de Meiner et al. (2010) e ao resultado apurado ($REI = 0.47 \pm 1.3$) no grupo de baixa complexidade do estudo de Pérez et al. (2016).

A reabilitação promovida por unidades especializadas tem inúmeras vantagens, comparativamente aos serviços prestados nas unidades de internamento indiferenciadas, tais como redução da mortalidade, melhores resultados funcionais e diminuição do tempo de internamento. Não existe evidência conclusiva sobre o porquê das unidades especializadas prestarem cuidados de reabilitação mais eficazes, não sendo contudo despropositado considerar-se que tal se deve a múltiplos fatores, entre os quais o trabalho multidisciplinar eficiente, evidente foco na reabilitação, experiência dos profissionais de saúde e disponibilidade de recursos, como ginásios e ambientes simulados. Além disso, os utentes beneficiam do facto de interagirem com pessoas com a mesma patologia e com os mesmos objetivos de recuperação (Jester, 2007). O facto de ser o contexto em que um maior percentual da amostra (78,1%) é acompanhado por uma equipa multidisciplinar também pode ter contribuído para os ganhos funcionais evidenciados, uma vez que um modelo de cuidar multidisciplinar permite uma melhoria dos *outcomes* e da qualidade de

vida dos clientes, comparativamente aos cuidados de reabilitação prestados nos contextos gerais de saúde (Ng et al., 2007).

A frequência média semanal de 5 sessões de cuidados de Enfermagem de Reabilitação pode muito bem ser outro dos fatores que influenciaram a aquisição de tão evidentes *outcomes* funcionais nas RRCCI, isto porque um programa intensivo deve envolver uma sessão de reabilitação de pelo menos 3 h/dia durante 4-5 dias/semana. Os clientes que conseguiram tolerar treinos de reabilitação de maior intensidade apresentaram melhores ganhos em termos funcionais (Forrest et al., 2019; Kuptniratsaikul, 2016), verificando-se assim que uma maior intensidade terapêutica, característica das unidades de reabilitação, está associada a melhores *outcomes* (DeJong et al., 2009; Jette et al., 2005).

3.4.2. Ganhos Funcionais nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)

Os *outcomes* funcionais nos CSP distanciaram-se dos resultados apurados no contexto das RRCCI e comportaram-se de forma dissimilar, muito provavelmente devido à heterogeneidade da amostra.

No que respeita ao índice AFG, os CSP foram o contexto que apresentou a segunda maior média de ganhos funcionais (18,95 pontos), a qual não foi, no entanto, suficiente para atingir níveis com significância clínica. A média do índice AFG apurada neste contexto equipara-se aos resultados dos dois grupos do estudo de Mizrahi et al. (2014): AVC pela primeira vez (19.17 ± 15.14) e recidiva (17.6 ± 15.45); ao AFG (18.2 ± 25.4) do grupo de moderada complexidade do estudo de Pérez et al. (2016) e aos resultados do estudo de Patel et al. (2017), os quais evidenciaram *outcomes* funcionais, dos clientes vítimas de trauma, de 19,7 pontos (segundo a escala MIF).

Nos CSP, 50% dos clientes eram alvo de cuidados de reabilitação devido a problemas ortotraumatológicos e 21,15% devido a problemas neurológicos.

O facto da maioria da amostra, pertencente a este contexto, ser independente, em termos funcionais, aquando da admissão, poderá ter tido influência sobre os resultados do índice AFG, apurados neste estudo. Quando analisamos os *outcomes* advindos da reabilitação em clientes com incapacidade leve ou moderada, o AFG está limitado ao score máximo da escala funcional utilizada (100 pontos no caso do IB). O seu uso como único parâmetro de avaliação dos ganhos funcionais advindos da reabilitação em clientes com dependência leve-moderada poderá subestimar os resultados, devido ao “efeito teto” (Sánchez-Rodríguez et al., 2015). No que concerne ao índice RFG, nos CSP a amostra evidenciou uma recuperação funcional média de 10,42%, situando-se a grande maioria da

amostra (59,7%), no que concerne à classificação por grupos de eficácia, no Grupo 1, refletindo a existência de Cuidados de Reabilitação “sem eficácia” (RFG=0). Apesar de não abranger a maior parcela, em 30,6% da amostra foram evidenciados cuidados de reabilitação com uma eficácia clinicamente significativa. O valor do RFG apurado neste contexto não apresentou analogia com nenhum dos estudos científicos analisados anteriormente.

Relativamente à eficiência dos cuidados de reabilitação, o REI médio de 0,97, aferido nos CSP, é preditor de uma eficiência da reabilitação moderada. No entanto, apenas 25,8 % da amostra revelou cuidados de reabilitação com eficiência clinicamente significativa. O REI apurado neste contexto vai ao encontro do resultado apurado no grupo de baixa complexidade (0.47 ± 1.3) do estudo de Pérez et al. (2016).

Os CSP foram o contexto em que os clientes evidenciaram uma idade média mais alta (78,50), tornando-se assim o contexto com a amostra mais envelhecida. Os dados apurados reforçam a evidência que atesta a existência, nos cuidados de saúde no domicílio, de clientes tendencialmente mais velhos e com mais comorbilidades, o que pode influenciar os *outcomes* funcionais aquando da alta. Uma intervenção precoce no domicílio pode proporcionar resultados significativamente melhores, em termos de função física, incapacidade e até mesmo qualidade de vida (Vega-Ramírez et al., 2017). Tendo por base a realidade vivenciada no contexto de CSP na RAM, caracterizada por um número limitado de sessões de reabilitação por semana (2) e sem multidisciplinariedade, receia-se que na prestação de cuidados no domicílio haja recursos insuficientes para sustentar demandas crescentes nos serviços de reabilitação, o que pode levar ao comprometimento do atendimento dos clientes (Cook et al., 2013). Acredita-se que uma reabilitação de baixa intensidade, com uma média de apenas 2 horas por semana, associada a uma supervisão profissional insuficiente dos cuidados prestados no domicílio, contribuem para a aquisição por parte dos clientes de *outcomes* inadequados (Özdemir et al., 2001).

Os idosos representam a maioria dos clientes alvo de cuidados no domicílio, razão pela qual, para alguns, seja expectável que os clientes alvo de cuidados domiciliários a longo prazo não tenham potencial para melhorar. No entanto, neste grupo, até mesmo as mais pequenas melhorias ocorridas assumem um grande impacto no sistema, como um todo (Cook et al., 2013; Stolee et al., 2011), sendo importante realçar que, tal como evidenciado noutros estudos científicos, a maior proporção dos clientes alvo de cuidados no domicílio melhoraram, e apenas uma pequena percentagem sofreu um agravamento, ou

não apresentou alterações no desempenho das ABVD e atividades instrumentais (Leff et al., 2009).

Por fim, o facto de os CSP terem sido o segundo contexto de saúde com os melhores resultados funcionais reitera a evidência que demonstra que a reabilitação efetuada no domicílio, em termos de efeito, é igual ou superior à reabilitação efetuada no hospital, na maioria dos *outcomes* avaliados (Cook et al., 2013; Leff et al., 2009; Mahomed et al., 2008; Stolee et al., 2011).

3.4.3. Ganhos Funcionais nos Cuidados Hospitalares

No contexto de Cuidados Hospitalares, no que diz respeito à aquisição de *outcomes* funcionais, a amostra evidenciou um AFG médio de 10,97 pontos. Dos estudos perscrutados, o de Ng et al. (2013) foi o que apresentou um resultado mais aproximado daquele apurado neste contexto, evidenciando, os clientes com AVC, um ganho funcional médio, segundo a escala MIF, de 15.4 ± 12.3 pontos. No contexto dos cuidados Hospitalares, 20,63% dos clientes eram seguidos pelo EEER devido a patologia neurológica.

Relativamente ao cálculo do RFG, a média apurada nos cuidados hospitalares foi preditiva de uma recuperação de apenas 18,94% do potencial funcional, refletindo a maioria da amostra (69,4%) a subsistência de cuidados de reabilitação “sem eficácia”. Porém, neste contexto, em 27,8% da amostra, evidenciaram-se cuidados de reabilitação com eficácia clinicamente significativa. Salienta-se o facto do valor do RFG, aferido neste contexto, ter divergido de todos os resultados apurados nos estudos que compõe a revisão de literatura deste trabalho.

No que concerne à eficiência dos cuidados de reabilitação, a média apurada nos Cuidados Hospitalares, de 0,40, caracteriza uma reabilitação de baixa eficiência, ainda que próxima do valor representativo de uma eficiência da reabilitação moderada (0,50). Todavia, 36,1 % dos cuidados de reabilitação prestados revelaram uma eficiência com significância clínica. Relativamente a este índice, resultados semelhantes aos deste contexto, e indicativos de uma baixa eficiência, foram apurados nos estudos de Chen et al. (2013), com um REI de 0,46; de Mizrahi et al. (2014), tanto no grupo de AVC pela primeira vez (REI de 0,37), como no grupo de recidiva (REI de 0,39); e no estudo de Pérez et al. (2016), onde o REI do grupo de moderada complexidade apresentou uma média entre 0.40 ± 0.80 .

De acordo com Sánchez-Rodríguez et al. (2015), no ambiente hospitalar, o valor de REI depende muito do tempo de permanência no hospital, motivo pelo qual deve ser tido em consideração, uma vez que o tempo de permanência pode ser influenciado por comorbilidades que podem interromper a reabilitação e por variáveis individuais (problemas sociais, pessoais ou familiares) que não estão diretamente relacionadas ao PR. Com o aumento da permanência no internamento e uma maior duração da reabilitação hospitalar, os clientes apresentaram melhorias na eficácia da reabilitação, em detrimento da eficiência, dado o problema comum de recursos limitados (Chen et al., 2013; Koh et al., 2011).

Como facilmente se constata, no contexto de Cuidados Hospitalares não foi evidenciada uma significância clínica expressiva relativamente à aquisição de ganhos funcionais, à eficácia e à eficiência dos cuidados de reabilitação. Estes resultados podem dever-se ao facto da maioria dos clientes internados no hospital alvo de cuidados de reabilitação serem idosos (idade média 66,22), portadores de diversas comorbilidades e com baixo *status* funcional pré-evento clínico.

Segundo Sánchez-Rodríguez et al. (2015), clientes idosos internados nos hospitais, por doença crónica aguda ou descompensada, geralmente apresentam perda de capacidade funcional, o que pode levar à dependência e incapacidade funcional, o que dificulta o processo de recuperação de um episódio agudo, impedindo o retorno à sua situação de vida anterior e exigindo reabilitação física e recursos adicionais de assistência médica, durante o internamento e após a alta (Stolee et al., 2011). Johnston (2003), complementa afirmando que a presença de complicações médicas está, de igual forma, relacionada com *outcomes* de reabilitação deficitários.

O tempo, a quantidade e o tipo de reabilitação estão associados ao desempenho hospitalar. A reabilitação precoce é uma característica importante da reabilitação presente nos hospitais de alto desempenho. O facto dos clientes que constituem a amostra deste contexto terem uma moda de 3 sessões de reabilitação por semana, pode, de igual forma, ter condicionado os *outcomes* funcionais apurados. Uma maior intensidade da reabilitação demonstrou ser um fator importante, uma vez que foi associada a uma menor permanência hospitalar e a uma maior independência aquando da alta (Dahdah et al. 2014; Sawabe et al., 2018). Clientes numa situação aguda de doença geralmente não precisam ou não se encontram em condições clínicas de usufruir de cuidados especializados de reabilitação (Stucki et al., 2005).

Vários estudos demonstraram ainda uma associação entre a diminuição das habilidades funcionais, aquando da admissão e a aquisição de débeis *outcomes* funcionais (Cifu, & Stewart, 1999; Denti et al., 2008; HersHKovitz et al., 2007; Koh et al., 2011; Lieberman et al., 2007; Lin et al., 2000; Micieli et al., 2002; Ottenbacher et al., 2008; Patrick, et al., 2001; Richmond, 2005; Semel et al., 2010; Yu, & Leung et al., 2010). Sendo assim, é lógico pensar que clientes com um pior *status* funcional na admissão (como acontece neste contexto) terão uma menor capacidade de recuperação (Sánchez-Rodríguez et al., 2015).

3.4.4. Ganhos Funcionais nas Unidades de Internamento de Longa

Duração

Os resultados apurados nas UILD foram completamente discrepantes dos patenteados nos restantes contextos da prática, uma vez que, em todos os índices de impacto da reabilitação mensurados, a média apurada assumiu um valor negativo.

O cálculo da média do índice AFG desbocou no valor de -6,09. Quanto ao índice RFG, o valor médio apurado foi de -27,09%, estabelecendo-se a amostra de forma evidente no Grupo I e expressando a prevalência de cuidados de reabilitação “sem eficácia”. Relativamente aos resultados do cálculo do REI, foi obtida, de igual forma, uma média negativa (-0,15), não havendo como tal eficiência da reabilitação neste contexto. Nas UILD, uma taxa de 6,3% da amostra refletiu a subsistência de cuidados de reabilitação com eficácia e eficiência e preditores de significância clínica.

Apraz-nos dizer que em nenhum dos estudos indagados foram evidenciados IIR com médias negativas, sendo os valores apurados no grupo de clientes com AVC de Elevada complexidade, do estudo de Perez et al. (2016), os mais equiparados. No estudo supracitado, foi apurado um AFG médio de 8,6, um índice RFG de 8,9% e um REI de 0,1. No contexto das UILD, 16% da amostra era seguida pelo EEER devido a patologia neurológica.

Constata-se assim que nas UILD não só houve maioritariamente uma ausência de *outcomes* funcionais, como a grande maioria da amostra sofreu perda da capacidade funcional e do potencial de recuperação, ocorrendo um agravamento do status funcional, o que revela a existência, neste contexto, de cuidados de reabilitação ineficazes e ineficientes. Todavia, a inércia e agravamento funcional, evidenciados pela amostra, não são exclusivos do nosso trabalho de investigação. Resultados semelhantes foram apurados

noutros estudos, entre os quais o de Koh et al. (2011), no qual, de 385 clientes, (13,7% da amostra total), n=253 não melhoraram e n=132 sofreram agravamento do seu status funcional.

Comparativamente aos clientes que após a alta regressaram ao domicílio, os utentes que foram transferidos para internamentos de longa duração tinham um índice RFG com uma mediana 33% mais baixa, um REI com uma mediana 29% mais baixa, eram significativamente mais velhos, tinham aquando da admissão um maior nível de dependência nas ABVD, exigindo um maior período de internamento e de reabilitação (Chen et al., 2013).

Crocker et al. (2013), calculou o tamanho do efeito que a reabilitação física detém sobre as ABVD, a mobilidade e os autocuidados em idosos residentes em unidades de internamento de longa duração, com recurso a uma meta-análise. O tamanho médio do efeito da reabilitação física na melhoria da independência das ABVD foi convencionalmente interpretado como pequeno.

Numa população, que tende a se tornar cada vez mais frágil e dependente, é muito provável que o menor efeito encontrado esteja relacionado com a manutenção da funcionalidade, em detrimento da melhoria funcional. A peculiaridade da população residente nas unidades de internamento de longa duração torna mais difícil a aquisição de ganhos funcionais, pelo que a autonomia na realização das ABVD assume extrema importância e até as mais pequenas melhorias são relevantes e significativas (Crocker et al., 2013).

Nas UILD, é relativamente baixo o número de clientes que é considerado com potencial de reabilitação (16%). Assim, o nível de cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados levanta questões sobre a necessidade de melhorias no que diz respeito ao provimento de práticas de reabilitação (Vähäkangas et al., 2006).

A regularidade das sessões de reabilitação efetuadas no contexto das UILD (1,45 sessões/semana), o número precário de EEER e o facto de estes serem o único profissional a prestar cuidados especializados de reabilitação neste contexto, podem ser condicionantes dos *outcomes* funcionais deficitários que foram apurados.

Estudos de intervenção sugerem que, nas UILD, a reabilitação deve ser realizada regularmente, de preferência diariamente, para que seja eficaz na manutenção da capacidade funcional das ABVD (Vähäkangas et al., 2006). Além do mais, nenhum profissional, de forma isolada, reúne as capacidades necessárias para conseguir alcançar resultados ótimos. Estudos demonstraram a aquisição de melhores resultados clínicos,

numa variedade de distúrbios, em clientes reabilitados por equipas multidisciplinares (Cifu, & Stewart, 1999; Griffiths et al., 2000; Khan et al., 2008; Karjalainen et al., 2009; Lancaster et al., 2018; Stewart et al., 1999; McAlister et al., 2001; Neumann et al., 2010; Powell, 2002; Semlyen et al., 1998).

Tendo em conta o objetivo previamente proposto, no que concerne à análise dos indicadores prognósticos da eficácia e eficiência dos programas de reabilitação implementados na RAM, o cálculo dos três IIR permitiu aferir a aquisição de *outcomes* funcionais favoráveis em todos os contextos, variando, no entanto, a predominância e o percentual entre contextos e entre resultados dos IIR.

Relativamente ao cálculo do índice AFG, a RRCCI foi o único contexto da prática onde a maioria da amostra evidenciou valores com relevo e significância clínica.

No que concerne ao índice RFG, nos CSP, Cuidados Hospitalares e UILD predominaram os cuidados de reabilitação sem eficácia, enquanto nas RRCCI os resultados apurados refletiram a prevalência de cuidados de reabilitação com eficácia elevada. Por fim, o valor médio, advindo do cálculo do REI, permitiu a aferição da existência, nos CSP e nas RRCCI, de cuidados de reabilitação com eficiência moderada. No entanto, apenas nas RRCCI estes se revelaram maioritariamente com significância clínica. De realçar que tanto nas UILD como em todos os IIR mensurados predominaram, na amostra, taxas médias negativas, evidenciando perda de potencial e agravamento funcional da maioria dos clientes alvo de cuidados de reabilitação, neste contexto da prática.

Em suma, a análise dos resultados dos IIR evidencia inequivocamente que os *outcomes* funcionais, alcançados pelos clientes, são melhores quando a reabilitação ocorre em unidades de reabilitação especializadas, neste caso particular nas RRCCI.

3.5. Relação entre a capacidade funcional do momento da admissão e do momento da colheita de dados

A análise inferencial, efetuada neste estudo com recurso ao teste de Wilcoxon, constatou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o score total do IB apurado no momento da admissão e o score total do IB avaliado no momento de colheita de dados, em todos os contextos estudados, com exceção das UILD, tendo sido esta relação mais expressiva nas RRCCI (efeito grande ($r=.60$)). Nos CSP o efeito foi médio ($r=.30$) e nos Cuidados Hospitalares pequeno ($r=.03$).

Em concordância com estes resultados, no estudo de Ferreira (2015), com recurso ao mesmo teste não paramétrico, os resultados apurados evidenciaram a existência de uma diferença estatisticamente significativa (0,000), na evolução funcional do doente internado numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação, entre o momento da admissão e o momento da alta. No estudo de Monteiro (2018), através da aplicação do Teste t para amostras emparelhadas, a avaliação da existência de uma evolução estatisticamente significativa dos *outcomes* mensurados foi igualmente comprovada, tendo-se constatado um aumento evolutivo estatisticamente significativo ($p < 0,05$) nas escalas funcionais utilizadas.

Os efeitos da reabilitação são aparentemente variáveis, havendo indivíduos a obter um maior ou menor nível de melhorias comparativamente ao estimado. No entanto, de forma geral, a maioria dos clientes apresenta uma melhoria da funcionalidade durante o usufruto de cuidados de reabilitação, apesar de os ganhos não serem iguais entre os domínios ou grupos.

Nos primeiros dias após a transferência dos clientes para unidades de saúde com cuidados de reabilitação, a rápida melhoria funcional tende a ocorrer, uma vez que estes serviços estão projetados para promover a autonomia e minimizar a dependência (Chen et al., 2002; Crocker et al., 2013; Sánchez-Rodríguez et al., 2015).

De acordo com o objetivo inicialmente proposto, podemos afirmar que, com exceção do contexto das UILD, existe uma relação estatisticamente significativa entre o score total do IB no momento da admissão e o score total no momento de colheita de dados, no que concerne à obtenção de uma melhoria funcional.

3.6. Relação entre os Ganhos Funcionais e a Idade

No nosso estudo, a análise da correlação existente entre os ganhos funcionais absolutos alcançados e a idade dos clientes determinou, através da efetivação do teste de *rô* de Spearman, a ausência de uma relação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis, em qualquer um dos contextos da prática clínica analisados. Em corroboração com este resultado, no estudo de Ferreira (2015), foi apurado, com recurso ao mesmo teste não paramétrico, uma correlação muito fraca (0,105) e não estatisticamente significativa, demonstrando que a associação entre a idade e a evolução funcional não tem significância estatística.

Com recurso a outros testes estatísticos, o estudo de Ricardo (2012), com base no teste de independência do qui quadrado, ($p=0,011$), e o de Monteiro (2018), com recurso

ao coeficiente de Correlação de Pearson ($p \geq 0,05$), evidenciaram, de igual forma, a ausência de uma relação estatisticamente significativa entre a idade e o grau de dependência na alta dos clientes. Apenas no estudo de Salselas (2016), foi encontrada relação entre a independência funcional por semana, a idade e o score do IB, estando as idades mais avançadas e um *score* elevado do IB na alta associados a menos ganhos funcionais por semana.

Desta feita, entre os estudos analisados de forma mais exaustiva aquando da revisão de literatura, constatou-se que foram vários os que demonstraram a ausência (Ferreira, 2015; Monteiro, 2018; Perez et al., 2016; Ricardo, 2012; Sánchez-Rodríguez et al., 2015) ou a presença de um efeito pequeno (Ng et al., 2013) da idade sobre a aquisição de ganhos funcionais. Os fatores relacionados com a saúde, tais como incapacidades funcionais, severidade dos problemas de saúde e os antecedentes clínicos, demonstraram ser fatores com maior impacto no processo de recuperação funcional, comparativamente aos fatores sociodemográficos ou sistema social de suporte (Chen et al., 2013; McNaughton et al., 2005; Perez et al., 2016; Sánchez-Rodríguez et al., 2015).

Na maioria dos estudos de *outcomes* funcionais, os clientes idosos têm scores funcionais mais baixos, aquando da admissão e da alta. No entanto, os ganhos funcionais permanecem aproximadamente iguais aos dos clientes mais novos (Ng et al., 2007; Ng et al., 2013). No estudo de Ng et al. (2007), e Ng et al. (2013), embora a idade esteja negativamente associada aos ganhos funcionais e ao score funcional aquando da alta, o impacto real absoluto é muito pequeno, o que significa que um aumento de 10 anos na idade está associado a uma diminuição aproximada de apenas 1 ponto, nos ganhos funcionais e no score funcional aquando da alta.

Assim sendo, clientes idosos podem e devem receber reabilitação, uma vez que a aquisição de ganhos funcionais favoráveis se encontra evidenciada (Ng et al., 2007). No entanto, como comprovado no capítulo anterior, os resultados apurados nos diversos estudos de investigação efetuados a esta correlação não são unânimes.

Com base no objetivo delineado, é possível afirmar que na amostra de clientes alvo de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação na RAM não se verificou a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a idade e a aquisição de ganhos funcionais absolutos.

CONCLUSÃO

Ao longo do presente estudo, foram analisados e discutidos os resultados de maior pertinência, pretendendo-se neste capítulo efetuar uma síntese dos aspetos essenciais decorrentes da efetivação deste trabalho.

A realização do presente estudo, de carácter retrospectivo descritivo-correlacional, com base nos objetivos previamente propostos, forneceu uma descrição singular das características sociodemográficas e dos cuidados de reabilitação e evolução funcional de uma amostra de 207 clientes, assim como permitiu o apuramento dos ganhos funcionais resultantes dos cuidados de reabilitação de uma amostra de 160 clientes, apurando ainda a relação existente entre os ganhos funcionais auferidos e diferentes variáveis sociodemográficas e clínicas.

A diversidade de contextos clínicos e de condutas, associada à prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, existente no SESARAM, implicou uma análise por contextos da prática (Cuidados Hospitalares, CSP, RRCCI e UILD).

A amostra constituinte deste estudo era maioritariamente do género feminino e com uma idade \geq a 65 anos. A maioria dos indivíduos (44%) encontrava-se em contexto de CSP, seguindo-se os Cuidados Hospitalares (24,2%), as UILD (16,4%) e as RRCCI (15,5%). Os problemas ortotraumatológicos foram o principal motivo que conduziu à necessidade de intervenção do EEER, em três (RRCCI, CSP e UILD) dos quatro contextos da prática. A maioria da amostra usufruía de cuidados de reabilitação ministrados apenas pelo EEER, com uma frequência que variou entre cinco sessões (RRCCI) e uma sessão (UILD) por semana. A maior fração dos clientes que constituía a amostra global era alvo de duas sessões de reabilitação por semana.

A capacidade funcional passou a ser considerada um importante indicador de saúde, assumindo um papel de relevo no novo paradigma da saúde e na jurisdição das políticas de saúde pública. A prática do EEER encontra-se impreterivelmente alicerçada na recuperação ou manutenção da funcionalidade, assumindo um papel preponderante no que diz respeito à aquisição de ganhos funcionais.

No que concerne aos níveis de dependência funcional, em três dos quatro contextos da prática, ocorreu uma evolução funcional positiva, tendo sido esta mais evidente nas RRCCI, partindo a maioria da amostra de um nível de dependência moderada (34,4%), aquando da admissão (IBm1), para um nível de total independência (44,1%),

aquando do momento de colheita de dados (IBm2). Os CSP foram o contexto da prática que registou um menor nível de dependência, sendo a maior parte da amostra Independente nas ABVD, tanto no IBm1 (47,3%), como no IBm2 (62%). Nas UILD, não só não houve evolução funcional da maioria da amostra, como maioritariamente ocorreu um agravamento da funcionalidade.

No presente estudo, verificou-se através da efetivação do teste de Wilcoxon, a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre o IBm1 e IBm2, evidenciando-se uma evolução funcional positiva em todos os contextos, com exceção das UILD. Nas RRCCI o efeito foi grande ($r=.60$), nos CSP o efeito foi médio ($r=.30$) e nos Cuidados Hospitalares pequeno ($r=.03$).

A investigação dos *outcomes* funcionais advindos dos cuidados de reabilitação permite fornecer evidências consistentes da qualidade, efetividade e eficiência dos cuidados de reabilitação existentes na prática, possibilitando a identificação das práticas das quais resultem melhores resultados.

Com recurso ao cálculo dos três IIR (AFG, RFG E REI), na amostra de clientes com sete ou mais sessões de reabilitação ($n=160$), evidenciou-se a existência de ganhos funcionais em todos os contextos estudados, ainda que de forma heterogênea. No que diz respeito ao AFG, a prevalência de ganhos funcionais absolutos com significância clínica ocorreu apenas no contexto das RRCCI. De igual modo, aquando do cálculo do RFG e do REI, as RRCCI foram o único contexto da prática em que a maioria da amostra evidenciou resultados clinicamente significativos. No que concerne à eficácia da reabilitação (RFG), nas RRCCI, 76,7% dos indivíduos recuperaram pelo menos um terço da perda funcional observada na admissão, prevalecendo, neste contexto, cuidados de reabilitação com uma eficácia elevada. Nos restantes contextos, a maioria da amostra refletiu a existência de cuidados de reabilitação sem eficácia. Relativamente à eficiência (REI), nos CSP e nas RRCCI, a média apurada demonstrou uma eficiência moderada dos cuidados de reabilitação enquanto nos restantes contextos, na maioria da amostra, não se evidenciou eficiência dos cuidados. As UILD, neste estudo, apresentaram resultados divergentes, comparativamente às restantes unidades, uma vez que, em todos os IIR calculados, na maioria da amostra, foram apurados valores negativos, evidenciando-se um agravamento do *status* funcional.

Existe uma variedade de fatores demográficos, clínicos, funcionais e sociais que têm um impacto na aquisição de ganhos funcionais do cliente, motivo pelo qual se considerou de crucial interesse a análise correlacional da idade relativamente à aquisição

de ganhos funcionais absolutos (AFG). Constatou-se, com recurso ao teste de *rô* de Spearman, ausência de relação estatisticamente significativa entre a idade e a aquisição de ganhos funcionais absolutos da amostra. Após uma descrição sintetizada dos principais resultados, importa ressaltar outros critérios de interesse resultantes da elaboração deste estudo.

A todo o processo de investigação estão inerentes limitações, as quais contribuem para o crescimento, surgindo como oportunidades de mudança e de melhoria contínua, além de que os *outcomes* advindos da reabilitação podem ser difíceis de caracterizar e estudar dada a amplitude e complexidade das suas intervenções. As medidas de avaliação da reabilitação são individualizadas e baseadas em diversas condições de saúde, incapacidades e fatores contextuais, podendo impedir a realização de estudos com um maior rigor e consistência científica. A natureza retrospectiva deste estudo acarretou desvantagens no que diz respeito à colheita de dados, não tendo sido possível confirmar a precisão com que os dados do IB foram colhidos. A precariedade ou a ausência de preenchimento do IB aquando da admissão dos clientes (40,9%), contribuiu para o apuramento de uma amostra pequena, impedindo a generalização dos resultados apurados. Seria de interesse realizar estudos semelhantes, de outra natureza científica e com uma amostra representativa. O carácter inédito deste trabalho de investigação dificultou a comparação dos resultados apurados com os de outros estudos, estudos esses que, na sua grande maioria, analisam apenas um determinado diagnóstico clínico, num determinado contexto de cuidados. Como tal, seria conveniente replicar estudos semelhantes a este, de forma a se enriquecer o conhecimento científico no âmbito dos cuidados de reabilitação e da aquisição de ganhos funcionais.

O cálculo dos IIR depende do instrumento de avaliação funcional utilizado e os valores apurados podem ser diferentes dependendo da ferramenta que for utilizada, pelo que seria vantajoso realizar-se estudos deste âmbito com recurso a mais do que um instrumento de avaliação funcional, de forma a ser possível comparar os resultados. No entanto, em Portugal o IB é a única escala acreditada de avaliação da funcionalidade que se encontra devidamente validada para a população portuguesa.

O índice AFG, devido à possibilidade de efeitos teto, pode favorecer viés, podendo representar, de igual forma, uma limitação do estudo. No entanto, a associação do cálculo do índice RFG permitiu superar os possíveis vieses associados a este IIR.

Além das sugestões anteriores, consideramos que seria de interesse o estudo aprofundado da população de clientes do contexto das RRCCI, de modo a se apurarem

dados mais consistentes, capazes de reforçar os resultados observados e de identificar os fatores que contribuíram para os *outcomes* funcionais satisfatórios que foram alcançados, permitindo prever resultados com base nas características apresentadas pelos clientes aquando da admissão, assim como replicar intervenções, dinâmicas, estruturas e processos que estejam associados a uma evolução e aquisição de melhores *outcomes* funcionais.

Os resultados apurados no presente estudo caracterizam os *outcomes* funcionais auferidos, considerando-se que seria de crucial interesse fazer investigação custo-efetividade e sustentabilidade das medidas de reabilitação implementadas, sobretudo no contexto onde foram auferidos os melhores *outcomes*, de modo a se apurarem e replicarem as intervenções e condutas impulsionadoras do melhor custo-benefício/custo-eficácia.

Também deveriam ser efetuados trabalhos de investigação que avaliem a aquisição de *outcomes* em indivíduos com diagnósticos e scores funcionais semelhantes e que realizem estudos longitudinais dos *outcomes* funcionais auferidos, como complicações, estado funcional e saúde geral pós-alta, readmissões hospitalares e reconquista dos papéis sociais pré-evento clínico, contribuindo esses resultados para planos de reabilitação mais efetivos e com melhor gestão de recursos. Do mesmo modo, seria útil analisar as pontuações intermédias do IB, entre a admissão e o momento de colheita de dados, de forma a ser possível caracterizar a tendência geral do IB durante todo o processo de reabilitação.

Apesar de no presente estudo não ter sido evidenciada relação entre a idade e a aquisição de ganhos funcionais, vários fatores estão relacionados com a aquisição de *outcomes* funcionais, razão pela qual devem ser efetuados estudos prospetivos adicionais, para definir essa correlação e o modo como afeta o potencial de reabilitação e a aquisição de ganhos funcionais.

Advêm da realização do presente estudo implicações de relevo para a prática em ER, na RAM e no mundo. Apesar de uma amostra de maiores dimensões vir a favorecer as conclusões auferidas e a validade do estudo em causa, podemos constatar que os cuidados de reabilitação prestados em unidades especializadas (RRCCI) foram maioritariamente promotores de ganhos funcionais absolutos e de cuidados de reabilitação eficazes, eficientes e com significância clínica. Estes resultados apontam para a importância da avaliação objetiva de ganhos funcionais decorrentes da reabilitação e o potencial interesse de se criarem mais unidades de saúde especializadas em reabilitação que contribuam para um regresso a casa com mais autonomia, capacidade funcional e qualidade de vida. A previsão clínica da recuperação funcional, associada a este contexto de cuidados, é um

fator importante, contribuindo para o planeamento precoce do processo de reabilitação e uma gestão a longo prazo, auxiliando nas decisões clínicas e na formulação de políticas económicas em saúde.

A comparação dos *outcomes* dos diferentes contextos da prática fornece dados imprescindíveis sobre o que é importante na prática clínica, fornecendo, aos administradores e gestores, informações que permitem orientar mudanças futuras. Efetivamente contributos que sirvam de orientação das boas práticas são essenciais para que sejam criados sistemas de reabilitação mais fortes e capazes, que prestem serviços com boa relação custo-benefício e melhores *outcomes*, relacionados com uma prestação de melhores cuidados.

O cálculo do AFG, RFG e REI permitiu apurar em qual dos contextos os cuidados de reabilitação resultam em melhores *outcomes*. Estudos deste âmbito têm a capacidade de demonstrar a importância do enfermeiro de reabilitação como instrumento de mudança e a sua influência na recuperação dos clientes e na obtenção de ganhos em saúde, com impacto no financiamento e na gestão das organizações de saúde, assim como na escolha das melhores opções terapêuticas, permitindo fazer escolhas mais informadas.

A identificação dos PR mais eficazes e eficientes é essencial para um país com recursos limitados, facilitando o processo de gestão de recursos e promovendo a equidade dos cuidados. No entanto, é importante reforçar que, apesar do esforço extensivo, nenhuma evidência foi encontrada para apoiar a suposição de que os programas que relatam maior ganho funcional eram melhores programas de reabilitação ou ofereciam mais ou melhor atendimento de qualidade. Assim sendo, são necessários mais estudos, com elevado rigor científico, de modo a obter dados que permitam comparar resultados e fortalecer o conhecimento sobre os melhores padrões e intervenções a implementar no contexto dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Em suma, a presente pesquisa contribuiu para a constituição de uma base de conhecimento sobre os ganhos funcionais alcançados e respetiva eficácia e eficiência dos cuidados de reabilitação prestados na RAM, base essa que poderá potenciar a melhoria da qualidade dos cuidados neste contexto e posicionar-se como referência para os outros contextos de prestação de cuidados de reabilitação.

O presente estudo foi assumido como um trabalho inovador e preliminar, necessário para o desenvolvimento de mais pesquisas sobre o tópico, mas que poderá, desde já, constituir o fundamento para a otimização dos cuidados e o crescente impacto da Enfermagem de Reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adunsky, A., Lusky, A., Arad, M., & Heruti, R. J. (2003). A comparative study of rehabilitation outcomes of elderly hip fracture patients: the advantage of a comprehensive orthogeriatric approach. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 58(6), 542-7. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.6.m542>
- Amaral, A.F.S. (2014). *Resultados dos cuidados de enfermagem qualidade e efetividade* [Tese apresentada para a obtenção do grau de doutor em Organização e Gestão de Empresas, na especialidade de Estratégia e Comportamento Organizacional, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra]. <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/28468/1/Tese%20Ant%C3%B3nio%20Amaral.pdf>
- Amaral, A. F. S. (2014). Um modelo de efetividade de cuidados em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 8(2), 20-34. <http://www.eformasau.pt/files/Revistas/RIE8/RIE8.pdf>
- Amaral, A. F. S., Ferreira, P. L., Cardoso, M. L., & Vidinha, T. (2014). Implementation of the Nursing Role Effectiveness Model. *International Journal of Caring Sciences*, 7(3), 757-770. <https://pdfs.semanticscholar.org/f923/f2459def1afc63710e6a937250b69fb44e31.pdf>
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66. <https://www.researchgate.net/publication/40004091>
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed). American Psychological Association Washington, DC.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Barros, J. F. P., Alves, K. C. A. O., Filho, A. V. D., Rodrigues, J. E., & Neiva, H. C. (2009). Avaliação da Capacidade Funcional de Idosos Institucionalizados na Cidade de

Maceió. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 23(2), 168-174.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40816970010>

- Beloosesky, Y., Grinblat, J., Epelboym, B., Weiss, A., Grosman, B., & Hendel, D. (2002). Functional gain of hip fracture patients in different cognitive and functional groups. *Clin Rehabil*, 16(3), 321-328. <https://doi.org/10.1177/026921550201600309>
- Camara, F. M., Gerez, A. G., Miranda, M. L. J., & Velardi, M. (2008). Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. *Acta Fisiatr*, 15(4), 249 – 256.
<http://www.revistas.usp.br/actafisiatr/article/view/103005/101285>
- Chen, C. C., Heinemann, A. W., Granger, C. V., & Linn, R. T. (2002). Functional gains and therapy intensity during subacute rehabilitation: A study of 20 facilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(11), 1514-1523.
<https://doi.org/10.1053/apmr.2002.35107>
- Chen, C., Naidoo, N., Er, B., Cheong, A., Fong, N. P., Tay, C. Y., Chan, K. M., Tan, B. Y., Menon, E., Ee, C. H., Lee, K. K., Ng, Y. S., Teo, Y.Y., & Koh, G. C. H. (2013). Factors Associated with Nursing Home Placement of All Patients Admitted for Inpatient Rehabilitation in Singapore Community Hospitals from 1996 to 2005: A Disease Stratified Analysis. *Plos One*, 8(12), 1-11.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0082697>
- Cifu, D. X., & Stewart, D. G. (1999). Factors affecting functional outcome after stroke: A critical review of rehabilitation interventions. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(5), S35–S39. [https://doi.org/10.1016/s0003-9993\(99\)90101-6](https://doi.org/10.1016/s0003-9993(99)90101-6)
- Cook, R. J., Berg, K., Lee, K.-A., Poss, J. W., Hirdes, J. P., & Stolee, P. (2013). Rehabilitation in Home Care Is Associated with Functional Improvement and Preferred Discharge. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(6), 1038–1047. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.12.024>
- Costa, A. J. L. (2006). Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 927-940.
<https://www.scielo.org/pdf/csc/2006.v11n4/927-940/pt>

- Crocker, T., Young, J., Forster, A., Brown, L., Ozer, S., & Greenwood, D. C. (2013). The effect of physical rehabilitation on activities of daily living in older residents of long-term care facilities: systematic review with meta-analysis. *Age and Ageing*, 42(6), 682–688. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft133>
- Dahdah, M. N., Barisa, M. T., Schmidt, K., Barnes, S. A., Dubiel, R., Dunklin, C., Harper, C., Callender, L., Wilson, A., Diaz-Arrastia, R., & Shafi, S. (2014). Comparative Effectiveness of Traumatic Brain Injury Rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 29(5), 451–459. <https://doi.org/10.1097/htr.0b013e3182a61983>
- DeJong, G., Horn, S. D., Smout, R. J., Tian, W., Putman, K., & Gassaway, J. (2009). Joint Replacement Rehabilitation Outcomes on Discharge from Skilled Nursing Facilities and Inpatient Rehabilitation Facilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(8), 1284–1296. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.02.009>
- Denti L., Agosti M., & Franceschini M. (2008). Outcome predictors of rehabilitation for first stroke in the elderly. *Eur J Phys Rehabil Med*. 44 (1).3-11. https://www.researchgate.net/profile/Roberto_Antenucci/publication/322928084_Outcome_predictors_of_rehabilitation_for_first_stroke_in_the_elderly/links/5a778da70f7e9b41dbd22297/Outcome-predictors-of-rehabilitation-for-first-stroke-in-the-elderly.pdf
- Dewing, J. (1992). A critique of the Barthel Index. *British Journal of Nursing*, 1(7), 325-329. <https://pdfs.semanticscholar.org/3d4c/443e184d8289a5cba2b63a7f0ed1a54a95a8pdf>
- DiSotto-Monastero, M., Chen, X., Fisch, S., Donaghy, S., & Gomez, M. (2012). Efficacy of 7 Days per Week Inpatient Admissions and Rehabilitation Therapy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(12), 2165–2169. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.07.003>
- Donabedian, A. (1990). The Seven Pillars of Quality. *Arch Pathol Lab Med*, 114(11),1115-1118. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2621255/mod_folder/content/0/DONABEDIAN_1990.pdf?forcedownload=1

- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Donohue, K., Hoevenaars, R., McEachern, J., Zeman, E., & Mehta, S. (2013). Home-Based Multidisciplinary Rehabilitation following Hip Fracture Surgery: What Is the Evidence? *Rehabilitation Research and Practice*, 2013 (Article ID 875968). 1–10. <https://doi.org/10.1155/2013/875968>
- Doran, D. I., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). *An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model*. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29–39. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02143.x>
- Fernandes, P. M., Pereira, N. H., Santos, A. C. B. C., & Soares, M. E. S.M. (2012). Teste de Caminhada de Seis Minutos: avaliação da capacidade funcional de indivíduos sedentários. *Revista Bras Cardiol*, 25(3), 185-191. <http://www.onlineijcs.org/english/sumario/25/pdf/v25n3a04.pdf>
- Ferreira, P. A. R. (2015). *Evolução funcional do doente numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação* [Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Esenfc. <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=39914&code=437>
- Foley, N., Pereira, S., Salter, K., Meyer, M., Andrew McClure, J., & Teasell, R. (2012). Are Recommendations Regarding Inpatient Therapy Intensity Following Acute Stroke Really Evidence-Based? *Topics in Stroke Rehabilitation*, 19(2), 96–103. <https://doi.org/10.1310/tsr1902-96>
- Fontes, A. P., Fernandes, A. A., & Botelho, M. A. (2010). Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev Port Saúde Pública*, 28(2), 171-178. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v28n2/v28n2a08.pdf>
- Forrest, G., Reppel, A., Kodsi, M., & Smith, J. (2019). Inpatient rehabilitation facilities The 3-hour rule. *Medicine*, 98(37), 1-7. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017096>

- Frattali, C. M. (1998). Assessing Functional Outcomes: An Overview. *Seminars in Speech and Language*, 19(3), 209-221. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1064045>
- FUNCHAL. Vice-Presidência do Governo Regional e Secretarias Regionais da Saúde e da Inclusão e Assuntos Sociais. (20 julho. 2018). Portaria nº 234/2018. *Jornal Oficial RAM nº 114, 1ª Série*.
- Griffiths, T., Burr, M., Campbell, I., Lewis-Jenkins, V., Mullins, J., Shiels, K., Turner-Lawlor, P. J., Payne, N., Newcombe, R. G., Lonescu, A. A., Thomas, J. & Tunbridge, J. (2000). Results at 1 year of outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 355(9201), 362–368. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(99\)07042-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(99)07042-7)
- Guedes, D. V., Silva, K. C. A., Banhato, E. F. C., & Mota, M. M. P. E. (2007). Fatores associados à capacidade funcional de idosos da comunidade. *HU rev*, 33(4), 105-111. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/19.pdf>
- Guimarães, L. H. C. T., Galdino, D. C. A., Martins, F. L. M., Abreu, S. R., Lima, M., & Vitorino, D. F. M. (2004). Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Revista Neurociências*, 12(3), 130-133. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03317.pdf>
- Heinemann, A. W., Roth, E. J., Cichowski, K., & Betts, H. B. (1987). Multivariate Analysis of Improvement and Outcome Following Stroke Rehabilitation. *Archives of Neurology*, 44(11), 1167–1172. <https://doi.org/10.1001/archneur.1987.00520230051013>
- Heinemann, A. W., Hamilton, B., Linacre, J. M., Wright, B. D., & Granger, C. (1995). Functional Status and Therapeutic Intensity During Inpatient Rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 74(4), 315–326. <https://doi.org/10.1097/00002060-199507000-00011>
- HersHKovitz A., Kalandariov Z., Hermush V., Weiss, R., & Brill, S. (2007). Factors affecting short-term rehabilitation outcomes of disabled elderly patients with proximal hip fracture. *Arch Phys Med Rehabil*. 88 (7), 916-21. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.03.029>

- HersHKovitz, A., & Brill, S. (2007). The Association between patient's cognitive status and rehabilitation outcome in a geriatric day hospital. *Disabil Rehabil*; 29(4). 333-7. <https://doi.org/10.1080/09638280600787096>
- HersHKovitz, A., Vesilkov, M., Beloosesky, Y., & Brill, S. (2017). Characteristics of Patients with Satisfactory Functional Gain Following Total Joint Arthroplasty in a Postacute Rehabilitation Setting. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 0(0). 1-7. <https://doi.org/10.1519/jpt.0000000000000120>
- Heruti, R. J., Lusky, A., Barell, V., Ohry, A., & Adunsky, A. (1999). Cognitive Status at admission: does it affect the rehabilitation outcome of elderly patients with hip fracture? *Arch Phys Med Rehabil*; 80(4), 432-6. [https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(99\)90281-2/pdf](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(99)90281-2/pdf)
- Heruti, R. J., Lusky, A., Dankner, R., Ring, H., Dolgopiat, M., Barell, V., Levenkrohn, S., & Adunsky, A. (2002). Rehabilitation outcome of elderly patients after a first stroke: effect of cognitive status at admission on the functional outcome. *Arch Phys Med Rehabil*; 83(6), 742-9. <https://doi.org/10.1053/apmr.2002.32739>
- Hoeman, P. S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Processo e Aplicação* (2ª edição). Lusociência.
- Horn, S. D., Corrigan, J. D., Beaulieu, C. L., Bogner, J., Barrett, R. S., Giuffrida, C. G., Ryser, D. K., Cooper, K., Carroll, D. M., & Deutscher, D. (2015). Traumatic Brain Injury Patient, Injury, Therapy, and Ancillary Treatments Associated with Outcomes at Discharge and 9 Months Postdischarge. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(8), S304–S329. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.11.030>
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Baker, D. I., Leo-Summers, L., & Cooney, L. M. (2000). The Hospital Elder Life Program: A Model of Care to Prevent Cognitive and Functional Decline in Older Hospitalized Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1697–1706. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2000.tb03885.x>
- Instituto Nacional de Estatística (INE), IP. (2012a). *Saúde e Incapacidades em Portugal 2011*. INE, IP. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=149447974&att_display=n&att_download=y

- Instituto Nacional de Estatística (INE), IP. (2012b). *Censos 2011 Resultados Definitivos: Região Autónoma da Madeira*. Lisboa: INE, IP
<https://estatistica.madeira.gov.pt/download-now-3/social-gb/popcondsoc-gb/popcondsoc-censos-gb/popcondsoc-censos-publicacoes-gb/finish/221-censos-publicacoes/559-censos-ram-2011.html>

- Irvine, D., Sidani, S., & McGillis-Hall, L. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economics*, 16(2), 58–64.
<https://pdfs.semanticscholar.org/bb58/083d4a5dabe1acf7eb0a41f4296f989bcfc0.pdf>

- Jester, R. (2007). *Advancing Practice in Rehabilitation Nursing* (1st ed.).
<https://epdf.pub/queue/advancing-practice-in-rehabilitation-nursing0750c5684a14d38e2742c1e40432456155615.html>

- Jette, A., & Haley, S. (2005). *Contemporary measurement techniques for rehabilitation outcomes assessment**. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37(6), 339–345. <https://doi.org/10.1080/16501970500302793>

- Jette, D. U., Warren, R. L., & Wirtalla, C. (2005). The relation between therapy intensity and outcomes of rehabilitation in skilled nursing facilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(3), 373–379. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.10.018>

- Johnston, M. V., Kirshblum, S., Zorowitz, R., & Shiflett, S. C. (1992). Prediction of Outcomes Following Rehabilitation of Stroke Patients. *NeuroRehabil*, 2(4), 72-97. <https://doi.org/10.3233/NRE-1992-2409>

- Johnston, M. V., Wood, K. D., & Fiedler, R. (2003). Characteristics of effective and efficient rehabilitation programs. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(3), 410–418. <https://doi.org/10.1053/apmr.2003.50009>

- Júnior, J. S. V., Martins, C. A., Roza, L. B., Paulo, T. R. S., Ribeiro, M. C. L., & Tribess, S. (2015). Prevalência de Incapacidade Funcional e Fatores Associados em Idosos. *Texto Contexto Enferm*, 24(2), 521-529. http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00521.pdf

- Karjalainen, K. A., Malmivaara, A., van Tulder, M. W., Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H., & Koes, B. W. (2003). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low-back pain among working age adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd002193>
- Keith, R. A. (1997). Treatment strength in rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78(12), 1298–1304. [https://doi.org/10.1016/s0003-9993\(97\)90300-2](https://doi.org/10.1016/s0003-9993(97)90300-2)
- Kelley, T. A. (2015). International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). *Trials*, 16(Suppl 3), O4. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-16-S3-O4>
- Keren, O., Motin, M., Heinemann, A. W., O'Reilly, C. M., Bode, R. K., Semik, P., & Ring, H. (2004). Relationship between rehabilitation therapies and outcome of stroke patients in Israel: a preliminary study. *Isr Med Assoc* 6. 736–41. <https://www.ima.org.il/FilesUpload/IMAJ/0/52/26473.pdf>
- Khan, F., Turner-Stokes, L., Ng, L., Kilpatrick, T., & Amatya, B. (2007). Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006036.pub2>
- Kirk-Sanchez, N. J., & Kathryn, E. R. (2001). Relationship Between Duration of Therapy Services in a Comprehensive Rehabilitation Program and Mobility at Discharge in Patients with Orthopedic Problems. *Physical Therapy*, 81(3), 888-895. <https://doi.org/10.1093/ptj/81.3.888>
- Koç, A. (2012). Rehabilitation Nursing: Applications for Rehabilitation Nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 5 (2), 80-86. https://www.researchgate.net/publication/265241608_Rehabilitation_Nursing_Applications_for_Rehabilitation_Nursing/link/5481966a0cf22525dcb62511/download
- Koh G.C-H., Chen C., Cheong A., Choo, T.B., Pui, C. K., Phoon, F.N., Ming, C. K., Yeow, T. B., Petrella, R., Thind, A., Koh, D., & Seng, C.K. (2011). Trade-offs between effectiveness and efficiency in stroke rehabilitation. *In J Stroke*.7 (8), 606-14. <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2011.00612.x>.

- Koh, G. C-H., Chen, C. H., Petrella, R., & Thind. A. (2013). Rehabilitation impact indices and their independent predictors: a systematic review. *BMJ Open*, 3(9).1-12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003483>
- Krug, E., & Cieza, A. (2017). Strengthening health systems to provide rehabilitation services. *Eur J Phys Rehabil Med*, 53(2), 153-154. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04728-1>
- Kuptniratsaikul, V., Wattanapan, P., Wathanadilokul, U., Sukonthamarn, K., Lukkanapichonchut, P., Ingkasuthi, K., Massakulpan, P., Klaphajone, J., Suethanapornkul, S., Tunwattanapong, P., Laksanakorn, W., Thamronglaohaphan, P., Leelasamran, W., & Wangno, W. (2016). The Effectiveness and Efficiency of Inpatient Rehabilitation Services in Thailand: A Prospective Multicenter Study. *Rehabilitation Process and Outcome*, Artigo RPO.S34816. <https://doi.org/10.4137/rpo.s34816>
- Kwakkel, G., Veerbeek, J. M., Harmeling-van der Wel, B. C., Van Wegen, E., Kollen, B. J., & Early Prediction of functional Outcome after Stroke (EPOS) Investigators (2011). Diagnostic Accuracy of the Barthel Index for Measuring Activities of Daily Living Outcome After Ischemic Hemispheric Stroke: Does Early Poststroke Timing of Assessment Matter? *Stroke*, 42(2), 342-346. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.110.599035>
- Lancaster, C. W., DiMaggio, C., Marshall, G., Wall, S., & Ayoung-Chee, P. (2018). Functional outcomes after inpatient rehabilitation for trauma—improved but unable to return home. *Journal of Surgical Research*, 222. 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2017.09.024>
- Leff, B., Burton, L., Mader, S. L., Naughton, B., Burl, J., Greenough, W. B., Guido, S., & Steinwachs, D. (2009). Comparison of Functional Outcomes Associated with Hospital at Home Care and Traditional Acute Hospital Care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(2), 273–278. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02103.x>
- Leung, A. W., Cheng, S. K., Mak, A. K., Leung, K. K., Li, L. S., & Lee, T. M. (2010). Functional gain in hemorrhagic stroke patients is predicted by functional level and cognitive abilities measured at hospital admission. *NeuroRehabilitation*, 27(4), 351-8. <https://doi.org/10.3233/NRE-2010-0619>.

- Lew, H. L., Lee, E., Date, E. S., & Zeiner, H. (2002). Influence of Medical Comorbidities and Complications on FIM™ Change and Length of Stay During Inpatient Rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 81(11), 830–837. <https://doi.org/10.1097/00002060-200211000-00005>
- Lieberman, D., Friger, M., & Lieberman, D. (2007). Rehabilitation outcome following hip fracture surgery in elderly diabetics: a prospective cohort study of 224 patients. *Disabil Rehabil*, 29(4), 339-45. <https://doi.org/10.1080/09638280600834542>
- Lin J.H., Chang C.M., Liu C.K., Huang M.H., & Lin Y.T.(2000). Efficiency, effectiveness of stroke rehabilitation after first stroke. *J Formos Med Assoc*, 99(6), 483-90. <https://europepmc.org/article/med/10925555>
- Loureiro, L. M. J., & Gameiro, M. G. H. (2011). Interpretação crítica dos resultados estatísticos: para lá da significância estatística. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3), 151-162. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a16.pdf>
- Lourenço, T. M., Lenardt, M. H., Klettemberg, D.F., Seima, M.D., Tallmann, A. E. C., & Neu, D. K. M. (2012). Capacidade Funcional no Idoso Longevo: Uma Revisão Integrativa. *Gaúcha Enferm*, 33(2), 176-185. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000200025> .
- Lukewich, J. A., Tranmer, J. E., Kirkland, M. C., & Walsh, A. J. (2019). Exploring the utility of the Nursing Role Effectiveness Model in evaluating nursing contributions in primary health care: A scoping review. *Nursing Open*, 6. 685–697 <https://doi.org/10.1002/nop2.281>
- Macêdo, A. M. L., Cerchiari, E. A. N., Alvarenga, M. R. M., Faccenda, O., & Oliveira, M. A. C. (2012). Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. *Acta Paul Enferm*, 25(3), 358-63. <http://www.scielo.br/pdf/apv/v25n3/v25n3a07.pdf>
- Maciel, A. C. C., & Guerra, R. O. (2007). Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 10(2).178-89. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2007000200006>
- Mahomed, N. N., Davis, A. M., Hawker, G., Badley, E., Davey, J. R., Syed, K. A., Coyte, P. C., Gandhi, R., & Wright, J. G. (2008). Inpatient Compared with Home-Based

Rehabilitation Following Primary Unilateral Total Hip or Knee Replacement: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Bone and Joint Surgery-American*, 90(8), 1673–1680. <https://doi.org/10.2106/jbjs.g.01108>

- Mahoney F. I., Barthel D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, feb (14), 56-61. http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/resources/barthel_reprint.pdf
- Maltenfort, M., & Díaz-Ledezma, C. (2017). Statistics in Brief: Minimum Clinically Important Difference—Availability of Reliable Estimates. *Clinical Orthopaedics and Related Research*®, 475(4), 933–946. <https://doi.org/10.1007/s11999-016-5204-6>.
- McAlister, F. A., Lawson, F. M. E., Teo, K. K., & Armstrong, P. W. (2001). Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review. *BMJ*, 323(7319), 957–962. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7319.957>
- McNaughton, H., DeJong, G., Smout, R. J., Melvin, J. L., & Brandstater, M. (2005). A Comparison of Stroke Rehabilitation Practice and Outcomes Between New Zealand and United States Facilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(12), 115–120. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2005.08.115>
- Meiner Z, Sajin A, Schwartz I, Tsenter, J., Yovchev, I., Eichel, R., Ben-Hur, T., & Leker, R. R. (2010). Rehabilitation outcomes of stroke patients treated with tissue plasminogen activator. *PM R*, 2(8), 698-702. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2010.04.029>.
- Micieli G., Cavallini A., Quaglini S., & Guideline Application for Decision Making in Ischemic Stroke (GLADIS) Study Group. (2002). Guideline compliance improves stroke outcome: a preliminary study in 4 districts in the Italian region of Lombardia. *Stroke*. 33(5). 1341–1347. <https://doi.org/10.1161/01.str.0000013663.27776.db>
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Mitchell, P. H., Ferketich, S., & Jennings, B. M. (1998). *Quality Health Outcomes Model. Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 43–46. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01234.x>

- Mizrahi, E. H., Fleissig, Y., Arad, M., & Adunsky, A. (2014). Functional gain following rehabilitation of recurrent ischemic stroke in the elderly: Experience of a post-acute care rehabilitation setting. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60 (1). 108-111. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2014.08.013>
- Monteiro, F. D. P. (2018). *Ganhos funcionais e outros dados casuísticos dos doentes internados em 2017 no serviço de Medicina Física e Reabilitação no Centro Hospitalar e Universitário do Porto* [Tese de Mestrado Integrado em Medicina, Universidade do Porto – Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório aberto UP. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/113657/2/276583.pdf>
- Mutai, H., Furukawa, T., Araki, K., Misawa, K., & Hanihara, T. (2012). Factors associated with functional recovery and home discharge in stroke patients admitted to a convalescent rehabilitation ward. *Geriatr Gerontol Int*. 12(2).215-222. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2011.00747.x>
- Neumann, V., Gutenbrunner, C., Fialka-Moser, V., Christodoulou, N., Varela, E., Giustini, A., & Delarque, A. (2010). Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42(1), 4–8. <https://doi.org/10.2340/16501977-0483>
- Newbold, D. (2008). The production economics of nursing: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*. 45(1), 120-128. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.007>
- Ng, Y. S., Jung, H., Tay, S. S., Bok, C. W., Chiong, Y., & Lim, P. A. (2007). Results from a Prospective Acute Inpatient Rehabilitation Database: Clinical Characteristics and Functional Outcomes using the Functional Independence Measure. *Ann Acad Med Singapore*, 36(1), 3-10. <http://www.annals.edu.sg/pdf/36VolNo1Jan2007/V36N1p3.pdf>
- Ng, Y. S., Astrid, S., De Silva, D. A., Tan, M. L. D., Tan, Y. L., & Chew, E. (2013). Functional Outcomes after Inpatient Rehabilitation in a Prospective Stroke Cohort. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 22(3), 175–182. <https://doi.org/10.1177/201010581302200304>
- Nogueira, S. L., Ribeiro, R. C. L., Rosado, L. E. F. P. L., Franceschini, S. C. C., Ribeiro, A. Q., & Pereira, E. T. (2010). Fatores determinantes da capacidade funcional em

idosos longevos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 14(4), 322-329.
http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n4/aop019_10.pdf

- Nubila, H. B. V., & Buchalla, C. M. (2008). O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol* 11(2), 324-335.
<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n2/14.pdf>
- Observatório da Deficiência e Direitos Humanos (ODDH). Pinto, P. C., & Pinto, T. J. (2017). *Pessoas com Deficiência em Portugal: Indicadores de Direitos Humanos 2017*. Lisboa: ISCSP – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
<http://oddh.iscsp.ulisboa.pt/index.php/pt/2013-04-24-18-50-23/publicacoes-dos-investigadores-oddh/item/387-relatorio-oddh-2018>
- Organização Mundial da Saúde & Direção Geral da Saúde. (2004). *CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.
<https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004/4cdfad93-81d0-42de-b319-5b6b7a806eb2>
- Ottenbacher, K. J., Campbell, J., Kuo, Y. F., Deutsch, A., Ostir, G. V., & Granger, C. V. (2008). Racial and ethnic differences in postacute rehabilitation outcomes after stroke in the United States. *Stroke*, 39(5), 1514-1519.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.501254>
- Özdemir, F., Birtane, M., Tabatabaei, R., Kokino, S., & Ekuklu, G. (2001). Comparing stroke rehabilitation outcomes between acute inpatient and nonintense home settings. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(10), 1375–1379. <https://doi.org/10.1053/apmr.2001.25973>
- Page, P. (2014). Beyond Statistical Significance: Clinical Interpretation of Rehabilitation Research Literature. *The International Journal of Sports Physical Therapy*, 9(5), 726-736. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4197528/>
- Patel, A. H., Coffield, E., Kanthala, T. R., Patel, A. A., Khan, J. & Weiss, L. (2017). Factors Affecting Functional Outcomes among Trauma Patients Admitted to an Acute Inpatient Rehabilitation Unit. *Int J Phys Med Rehabil*, 5(5).
<https://doi.org/10.4172/2329-9096.1000433>

- Patrick, L., Knoefel, F., Gaskowski, P., & Rexroth, D. (2001). Medical Comorbidity and Rehabilitation Efficiency in Geriatric Inpatients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(11), 1471–1477. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.4911239.x>
- Peiris, C. L., Shields, N., Brusco, N. K., Watts, J. J., & Taylor, N. F. (2013). Additional Saturday rehabilitation improves functional independence and quality of life and reduces length of stay: a randomized controlled trial. *BMC Medicine*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-198>
- Pérez, L. M., Inzitari, M., Quinn, T. J., Montaner, J., Gavalda, R., Duarte, E., Coll-Planas, Cerdà, M., Santaegenia, S., Closa, C. & Gallofre, M. (2016). Rehabilitation Profiles of Older Adult Stroke Survivors Admitted to Intermediate Care Units: A Multi-Centre Study. *PLOS ONE*, 11(11), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166304>
- Polit, D., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (4th ed). Wolters Kluwer- Lippincott Williams & Wilkins.
- Pollock, A., Farmer, S. E., Brady, M. C., Langhorne, P., Mead, G. E., Mehrholz, J., & van Wijck, F. (2014). Interventions for improving upper limb function after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd010820.pub2>
- Porter, M. E. (2010). What Is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*, 363(26). 2477-2481. <http://vbhcprize.com/wp-content/uploads/2014/03/Porter-What-is-value-in-healthcare.pdf>
- Porter, M.E., & Lee T.H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*. October 2013. 1-19. http://www.iqg.com.br/uploads/biblioteca/the_strategy.pdf
- Portney, L. G., & Watkins, M. P. (2015). *Foundations of Clinical Research: Applications to Practice* (3rd ed). PA: F A Davis Company.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (22 fev. 2008). Decreto-Lei n.º 28/2008. *Diário da República* n.º 38, I Série.

- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento nº 125/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República* nº35, 2ª série.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (22 junho. 2015). Regulamento nº 350/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República* nº119, 2ª série.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (6 fev. 2019). Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* nº26, 2ª série.
- Powell, J. (2002). Community based rehabilitation after severe traumatic brain injury: a randomised controlled trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 72(2), 193–202. <https://doi.org/10.1136/jnnp.72.2.193>
- Press, Y., Grinshpun, Y., Berzak, A., Friger, M. A., & Clarfield, M. (2007). The effect of co-morbidity on the rehabilitation process in elderly patients after hip fracture. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 45, 281–294. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.01.059>
- Putera, I. (2017). Redefining Health: Implication for Value-Based Healthcare Reform. (2017). *Cureus*, 9(3), artigo e1067. <https://doi.org/10.7759/cureus.1067>
- Quinn, T. J., Langhorne, P., & Stott, D. J. (2011). Barthel Index for Stroke Trials: Development, Properties, and Application. *Stroke*, 42(4), 1146–1151. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.110.598540>
- Ramos, L. R. (2009). Saúde Pública e Envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. *Boletim do Instituto de Saúde*, 47(abril), 40-41. http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/n47/a09_bisn47.pdf
- Ricardo, R. M. P. (2012). *Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel, nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de Enfermagem de Reabilitação* [Trabalho de projeto apresentado para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação, Instituto Politécnico de Bragança- Escola Superior de Saúde]. Biblioteca Digital IPB.

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7680/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20dos%20ganhos%20em%20sa%C3%BAde%20utilizando%20o%20C3%8Dndice%20de%20Barthel.pdf>

- Richards, D. A., Hanssen, T. A., & Borglin, G. (2018). The Second Triennial Systematic Literature Review of European Nursing Research: Impact on Patient Outcomes and Implications for Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(5), 333-343. <https://doi.org/10.1111/wvn.12320>
- Rosa, T. E. C., Benício, M. H. A., Latorre, M. R. D. O., & Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes da Capacidade Funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*, 37(1).40-48. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n1/13543.pdf>
- Ross, M. C. (2018). Application and Interpretation of Functional Outcome Measures for Testing Individuals with Cognitive Impairment. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 34(1), 13-35. <https://doi.org/10.1097/TGR.0000000000000171>
- Salselas, S. C. S. B. (2016). *Ganhos em Independência Funcional no Doente com AVC*. [Relatório de Estágio/Trabalho de Projeto para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança]. Bibliotecadigital.ipb. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13076/1/Ganhos%20em%20independência%20funcional%20no%20doente%20com%20AVC%20-%20Susana%20Salselas.pdf>
- Sampaio, R. F., & Luz, M. T. (2009). Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 25(3),475-483. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/02.pdf>
- Sánchez-Rodríguez, D., Miralles, R., Muniesa, J. M., Mojal, S., Abadía-Escartín, A. & Vázquez-Ibar, O. (2015). Three measures of physical rehabilitation effectiveness in elderly patients: a prospective, longitudinal, comparative analysis. *BMC Geriatrics*, 15(142). 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0138-5>.
- Santos, L. R. P., & Araújo, N. M. F. (2018). Garantia de qualidade e eficiência em Saúde. *Revista Portuguesa de Gestão&Saúde*. https://www.uc.pt/feuc/ultimo_mes/docs/2018/setembro/2018_-_09_-_01_-_Gestao_Saude_-_Garantia_de_qualidade_e.pdf

- Sawabe, M., Momosaki, R., Hasebe, K., Sawaguchi, A., Kasuga, S., Asanuma, D., Suzuki, S., Miyauchi, N., & Abo, M. (2018). Rehabilitation Characteristics in High-Performance Hospitals after Acute Stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 27(9), 2431–2435. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.04.037>
- Saxena, S. K., Ng, T. P., Yong, D. & Fong, N. P. (2006). Functional outcomes in inpatient rehabilitative care of stroke patients: Predictive factors and the effect of therapy intensity. *Quality in primary care*, 14 (3), 145-153. <http://primarycare.imedpub.com/functional-outcomes-in-inpatient-rehabilitative-care-of-stroke-patientspredictive-factors-and-the-effect-oftherapy-intensity.pdf>
- Schulc, E., Pallauf, M., Mueller, G., Wildbahner, T., & Them, C. (2015). Is the Barthel Index an Adequate Assessment Tool for Identifying a Risk Group in Elderly People Living at Home? *Int J Nurs Clin Pract*, 2(140). 145-153. <http://dx.doi.org/10.15344/2394-4978/2015/140>
- Section of Physical and Rehabilitation Medicine, Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), European Board of Physical and Rehabilitation Medicine, & European Society for Physical and Rehabilitation Medicine. (2006). *White Book On Physical and Rehabilitation Medicine on Europe*. https://www.euro-prm.org/docs/white_book_v_5_2.pdf
- Semel J., Gray J.M., Ahn H.J., Nasr, H., & Chen, J. J. (2010). Predictors of outcome following hip fracture rehabilitation. *PM R*, 2(9), 799-805. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2010.04.019>.
- Semlyen, J. K., Summers, S. J., & Barnes, M. P. (1998). Traumatic brain injury: Efficacy of multidisciplinary rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79(6), 678–683. [https://doi.org/10.1016/s0003-9993\(98\)90044-2](https://doi.org/10.1016/s0003-9993(98)90044-2)
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (1ª ed). Lidel.
- Shah, S., Vanclay, F., & Cooper, B. (1990). Efficiency, effectiveness, and duration of stroke rehabilitation. *Stroke*, 21(2), 241–246. <https://doi.org/10.1161/01.str.21.2.241>

- Shewchuk, R. M., Chen, Y., & Richards, J. S. (2010). *Evaluating the Quality of Acute Rehabilitation Care for Patients with Spinal Cord Injury. Quality Management in Health Care, 19(1), 47–61.* <https://doi.org/10.1097/qmh.0b013e3181ccbc2a>
- Sidani, S., Doran, D. M., & Mitchell, P. H. (2004). A Theory-Driven Approach to Evaluating Quality of Nursing Care. *Journal of Nursing Scholarship, 36(1), 60–65.* <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04014.x>
- Sistema Nacional de Saúde. (2018). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação: Ortopedia.* <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/02/RNEHR-Ortopedia-Para-CP.pdf>
- Slade, A., Tennant, A., & Chamberlain, M. A. (2002). A randomised controlled trial to determine the effect of intensity of therapy upon length of stay in a neurological rehabilitation setting. *Journal of Rehabilitation Medicine, 34(6), 260–266.* <https://doi.org/10.1080/165019702760390347>
- Sollecito, W. A., & Johnson, J. K. (2012). *McLaughlin and Kaluzny's Continuous Quality Improvement in Health Care (4th ed).* http://samples.jbpub.com/9780763781545/81545_FMxx_FINAL.pdf
- Steiner, W. A., Ryser, L., Huber, E., Uebelhart, D., Aeschlimann, A., & Stucki, G. (2002). Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. *Physical Therapy, 82(11), 1098–1107.* <https://doi.org/10.1093/ptj/82.11.1098>
- Stewart, S., Marley, J. E., & Horowitz, J. D. (1999). Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on planned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. *The Lancet, 354(9184), 1077–1083.* [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(99\)03428-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(99)03428-5)
- Stolee, P., Lim, S. N., Wilson, L., & Glenny, C. (2011). Inpatient versus home-based rehabilitation for older adults with musculoskeletal disorders: a systematic review. *Clinical Rehabilitation, 26(5), 387–402.* <https://doi.org/10.1177/0269215511423279>

- Stucki, G., Stier-Jarmer, M., Grill, E., & Melvin, J. (2005). Rationale and principles of early rehabilitation care after an acute injury or illness. *Disability and Rehabilitation*, 27(7-8), 353–359. <https://doi.org/10.1080/09638280400014105>
- Trize, D. M., Conti, M. H. S., Gatti, M. A. N., Quintino, N. M., Simeão, S. F. A. P., & Vitta, A. (2014). Fatores associados à capacidade funcional de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família. *Fisioter Pesq*, 21(4), 378-383. <https://doi.org/10.590/1809-2950/13223421042014>
- Vähäkangas, P., Noro, A., & Björkgren, M. (2006). Provision of rehabilitation nursing in long-term care facilities. *Journal of Advanced Nursing*, 55(1), 29–35. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03885.x>
- Van der Putten, J. J. M. F., Hobart, J. C., Freeman, J. A., & Thompson, A. J. (1999). Measuring change in disability after inpatient rehabilitation: comparison of the responsiveness of the Barthel Index and the Functional Independence Measure
- Van der Putten, J. J. M. F., Stevenson, V. L., Playford, E. D., & Thompson, A. J. (2001). Factors Affecting Functional Outcome in Patients with Nontraumatic Spinal Cord Lesions After Inpatient Rehabilitation. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 15(2), 99-104. <https://doi.org/10.1177/154596830101500203>
- Vega-Ramírez, F. A., López-Liria, R., Granados-Gámez, G., Aguilar-Parra, J. M., & Padilla-Góngora, D. (2017). Analysis of home-based rehabilitation in patients with motor impairment in primary care: a prospective observational study. *BMC Geriatrics*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0526-0>
- Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *The Lancet*, 370(9596), 1453–1457. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61602-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61602-x)
- Wang, H., Camicia, M., Terdiman, J., Mannava, M. K., Sidney, S., & Sandel, M. E. (2013). Daily Treatment Time and Functional Gains of Stroke Patients During Inpatient Rehabilitation. *PM&R*, 5(2), 122–128. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2012.08.013>

- World Health Organization (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Genebra, Suíça: WHO. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf.
- World Health Organization (WHO). (2011). *World Report on Disability*. Switzerland: WHO. https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
- World Health Organization. (2017). *Rehabilitation in health systems* (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO). https://www.who.int/rehabilitation/rehabilitation_health_systems/en/
- World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, & The World Bank (2018). *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage* (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO). <https://extranet.who.int/sph/docs/file/1654>
- Yu F., & Richmond, T. (2005). Factors affecting outpatient rehabilitation outcomes in elders. *J Nurs Scholarsh.* 37(3).229-36. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00040.x>
- Yu F., Evans L. K., Sullivan-Marx E. M. (2005). Functional outcomes for older adults with cognitive impairment in a comprehensive outpatient rehabilitation facility. *J Am Geriatr Soc*, 53 (9), 1599–1606. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53453.x>

ANEXOS

ANEXO A

ANEXO A1- Tabela 1 Resumo dos Estudos do Grupo 1: Ganhos Funcionais

Autores e Ano de Publicação	Objetivos	Instrumentos de Colheita de Dados e Amostra	Principais Resultados	Principais Conclusões
Meiner et al., (2010)	Investigar a influência da trombólise na obtenção de <i>Functional outcomes</i> dos clientes vítimas de AVC alvo de reabilitação	MIF (Índices AFG e REI) (n=74) (GC=37/GT= 37)	Aquando da admissão ao programa de reabilitação entre os grupos não havia diferença significativa em termos funcionais. No final da reabilitação, o Score total da MIF (mean 102.8 vs 93.9; $P=.039$), os ganhos funcionais absolutos (AFG) (mean 27.8 vs 21.4; $P=.09$), e a eficiência da reabilitação (REI) (0.8 vs 0.43; $P=.013$) foram superiores no Grupo Terapêutico.	Clientes que são tratados com trombólise continuam a melhorar de uma forma mais rápida durante o período de reabilitação, sugerindo que os efeitos benéficos da trombólise continuam além da fase aguda.
Semel et al., (2010).	Determinar os potenciais preditores da obtenção de <i>Functional Outcomes</i> dos clientes vítimas de fratura da anca que são alvo de reabilitação, internados num serviço de reabilitação.	MIF (índices AFG, e REI) (n=557)	O AFG da amostra foi de 22.9 ± 10.7 e o REI de 1.8 ± 1.0 . Os homens têm menos ganhos funcionais (AFG) que as mulheres ($P=.046$). Clientes com história clínica de diabetes têm um REI muito inferior aos não diabéticos ($P=.0008$). Uma Análise de regressão linear múltipla demonstra que clientes com diabetes têm uma redução no REI de 0.33 comparativamente aos restantes clientes. Preditores de um melhor REI incluem: idade jovem ($P <.001$), consumo de menos medicamentos potenciadores de quedas ($P <.0001$), e marcha independente antes da fratura ($P=.0003$).	Vários fatores comportam a obtenção de melhores <i>functional outcomes</i> após fratura da anca tais como: idade jovem, género feminino, marcha independente antes da fratura, ausência do diagnóstico de diabetes mellitus, consumo de menos medicamentos potenciadores de quedas. Clientes com diabetes atingem ganhos funcionais de forma mais lenta e têm um período maior de internamento.
Ng et al., (2013)	Descrever os <i>functional outcomes</i> advindos de um programa de reabilitação implementado a clientes vítimas de AVC e identificar fatores associados com o almejo destes <i>outcomes</i> .	MIF (AFG) (n=1332)	A média de permanência no serviço de reabilitação foi de 18.7 ± 13.9 dias. A média da MIF na Admissão (MIF-A) e no momento da alta (MIF-D) foi de 67.9 ± 23.0 e 83.2 ± 23.5 respetivamente, com um AFG +de 15.4 ± 12.3 pontos na MIF. Jovens, género masculino, e vítimas de AVC hemorrágico ou com compromisso motor á direita tiveram os melhores <i>functional outcomes</i> . Segundo uma análise de regressão múltipla valores mais elevados no MIF-D estão associados a scores cognitivos e motores mais elevados na MIF-A.	Neste grande estudo de coorte, os clientes com AVC obtiveram ganhos funcionais significativos e como tal devem ser envolvidos em programas de reabilitação (PR) de forma a alcançar melhores resultados. Um conjunto abrangente de fatores demográficos, clínicos, culturais e sociais afetam significativamente os resultados funcionais do cliente com AVC submetido a um PR. A identificação desses fatores permite otimizar a reabilitação, planear a alta e gerir recursos.

ANEXO A2- Tabela 2 Resumo dos Estudos do Grupo 1: Ganhos Funcionais

Autores e Ano de Publicação	Objetivos	Instrumentos de Colheita de Dados e Amostra	Principais Resultados	Principais Conclusões
Mizrahi et al., (2014)	Avaliar a forma como a reabilitação de clientes vítimas de AVC isquémico pela primeira vez e/ou recidiva está associada á obtenção de ganhos funcionais	MIF (AFG, RFG e REI) (n= 919)	Os scores da MIF na admissão, assim como os valores resultantes do cálculo do índice AFG, RGF e REI foram semelhantes nos dois grupos AVC pela primeira vez (AFG 19.17±15.14, RFG de 1.13±1.22 (71.5%) e REI de 0.028±0.041 (0,37)) vs recidiva (AFG 17.6±15.45, RFG 1.05±1.14 (69,2%) e REI 0.03±0.038 (0,39)) aquando da alta. Uma análise de regressão linear múltipla demonstrou que a idade (beta = - 0.13, p = 0.001) tempo de internamento (beta = 0.21, p <0.001), Score do MMSE (beta = 0.1, p = 0.01), e o score total da MIF na admissão (beta = - 0.12, p = 0.01) são os únicos preditores da obtenção de maiores ganhos funcionais aquando da alta.	Os resultados revelam que clientes idosos que sofreram uma recidiva de AVC isquémico, aquando da alta apresentam ganhos funcionais semelhantes aos dos clientes que sofreram AVC isquémico de novo. Conclui-se que as recidivas de AVC não devem ser consideradas como fator adverso à aquisição de <i>functional outcomes</i> no período pós AVC.
Hershkovitz et al., (2017).	Caracterizar os clientes que conseguiram atingir ganhos funcionais satisfatórios após um programa de reabilitação, no pós-operatório de uma artroplastia total do joelho ou anca.	MIF (AFG e RFG) (n=252)	87 clientes (48.3%) foram submetidos a Artroplastia total da anca (ATA) e 93 (51.7%) a artroplastia total do joelho (ATJ). Aquando da admissão em termos funcionais 2 clientes eram dependentes (1.1%); 82 clientes parcialmente dependentes (45.6%); e 96 independentes (53.3%). A média do MIF-A, foi de 85.6 (14.8), do MMSE foi 24.7 (4.3) e do AFG 15.2 (8.7). Segundo o cálculo do MRFS mais de 85% dos clientes submetidos a artroplastia atingiram entre 25% e 75 % do seu potencial de reabilitação. 34% dos clientes com ATJ atingiram mais de 50% do seu potencial de reabilitação, assim como os clientes com ATA atingiram ganhos funcionais satisfatórios. Os clientes com ATJ que atingiram ganhos funcionais mais satisfatórios apresentaram scores mais baixos da MIF-A ($P < .001$).	A quantidade de clientes que atingiu ganhos funcionais satisfatórios foi semelhante entre os clientes com ATJ e ATA. A característica mais expressiva dos clientes que atingiram ganhos funcionais satisfatórios foi a sua capacidade funcional aquando da admissão. A idade influencia negativamente a obtenção de ganhos funcionais satisfatórios nos clientes com ATA.

ANEXO A3- Tabela 1 Resumo dos Estudos do Grupo 2: Eficácia e Eficiência da Reabilitação

Autores e Ano de Publicação	Objetivos	Instrumentos de Colheita de Dados e Amostra	Principais Resultados	Principais Conclusões
Koh et al., (2011).	Determinar se existe uma relação entre os fatores independentes da eficácia de reabilitação e eficiência de reabilitação durante a reabilitação de clientes com AVC	IB (RFG e REI) (n= 2810)	A média do RFG foi de 31.7% (SD=28.0) e a do REI de 14.1 por 30 dias (IQR=20.3). 385 sujeitos (13.7%) não melhoraram (n=253 (9.0%)) ou sofreram agravamento (n=132 (4.7%)) do seu status funcional. A única relação encontrada foi com a idade e o género, tendo sido o RFG mais baixo nas mulheres do que nos homens, estas diferenças de género foram significativamente maiores nas idades ≤ 70 anos (95% intervalo de confiança). Existe relação entre a eficácia (RFG) e eficiência (REI) no que diz respeito ao IB da admissão (IB-A) e à duração do internamento. O REI é geralmente superior ao RES aquando de IB-A <37 unidades e o RFG é geralmente maior do que o REI quando IB-A > 41 unidades. Para uma ótima eficiência e eficácia da reabilitação, o score do IB-A variou entre 30-62. E a duração do internamento entre 37 – 41 dias.	Existe relação entre a eficácia e eficiência da reabilitação de clientes com AVC no que respeita ao status funcional aquando da admissão e a duração do internamento. Os fatores independentes que predispõe uma baixa eficácia e eficiência da reabilitação são: género, idade avançada, raça, ausência de um cuidador, AVC isquémico, demência, score do IB-A e duração do internamento.
Chen et al., (2013).	Investigar a associação entre eficácia e eficiência da reabilitação e o internamento em lar de idosos internados no hospital, alvo de reabilitação	IB (RFG e REI) (n= 9518)	Em média o RFG da amostra é de 31.6% e o REI é de 13.9 unidades por mês. Aqueles que foram internados num lar de idosos tinham em média 33% menos eficácia da reabilitação (RFG) e 29% menos eficiência da reabilitação (REI) comparativamente às pessoas que não foram internadas num lar. Clientes internados eram significativamente mais velhos (média de idade: 77 vs. 73 years), tinham scores de IB-A inferiores (40 vs. 48), uma maior permanência no hospital (40 vs. 33 days) maior período de espera para iniciar reabilitação (19 vs. 15 days), maior parte não tinha cuidador (28 vs. 7%), eram solteiros (21 vs. 7%) e tinham demência (23 vs. 10%).	Os fatores sociodemográficos que contribuem para o aumento de internamento num lar: homens, solteiros viúvos ou divorciados, com demência, sem cuidador, com scores funcionais menores aquando da admissão e uma menor eficácia e eficiência da reabilitação. Os fatores realacionados com a saúde, tais como incapacidades funcionais, demonstraram ser preditores mais importantes que os fatores sociodemográficos ou sistema de suporte. Com o aumento da permanência no hospital os clientes apresentaram melhorias na eficácia da reabilitação em detrimento da eficiência da reabilitação.
Sánchez-Rodríguez et al., (2015)	Analisar os indicadores prognósticos da eficácia da reabilitação em clientes idosos de acordo com três índices de impacto da reabilitação: Ganho Funcional Absoluto (AFG), Ganho Funcional Relativo (RFG) e índice de Eficiência da Reabilitação (REI)	IB (AFG, RFG e REI) (n=753)	Os Clientes atingiram melhorias na capacidade funcional (IB-A = 28.00 ± 19.90 ; IB-D = 57.80 ± 27.31), com um AFG médio de 25 pontos no IB; um RFG com valor médio de 61.7% e um REI de 2 pontos. Aquando da alta 21,2% dos clientes tinham dependência severa. Apenas 5 das 24 variáveis estudadas, (20.8 %) apresentaram relação com os três índices (história de demência, doença respiratória, disfagia, endocrinopatia, status funcional na admissão). O IB-A foi a única variável que apresentou relação com os três índices.	Os três índices são de extrema utilidade na avaliação das alterações da capacidade funcional. Uma menor capacidade funcional está relacionada com um AFG mais elevado e vice-versa. O AFG é o parâmetro que está relacionado com um maior número de variáveis prognósticas. O REI é extremamente condicionado pela duração do internamento, podendo este ser influenciado por muitos fatores que não estejam relacionados com o processo de reabilitação. O RFG fornece informação precisa sobre a proximidade do cliente do seu status funcional pré-doença

ANEXO A4- Tabela 2 Resumo dos Estudos do Grupo 2: Eficácia e Eficiência da Reabilitação

Autores e Ano de Publicação	Objetivos	Instrumentos de Colheita de Dados e Amostra	Principais Resultados	Principais Conclusões
Perez et al., (2016)	Identificar um possível perfil de reabilitação de idosos que sobreviveram a um AVC, baseado na rotina, dados sociodemográficos, características clínicas e sociais aquando da admissão na UCI, e descrever os <i>outcomes</i> alcançados aquando da alta	IB (AFG, RFG e REI) (n=384)	Foram identificados 3 perfis de Complexidade: a) baixa complexidade com cuidador (LCC), b) Moderada Complexidade sem cuidador (MCN), e c) elevada complexidade com Cuidador (HCC). Em termos de scores funcionais o LCC tem AFG 21.6±29.0, RFG 0.4±0.6 (32.8%) e REI 0.47±1.3; o MCN tem AFG 18.2±25.4 RFG 0.40±0.80 (28,7%) e REI 0.40± 0.80; e o HCC um AFG de 8.6±18.6, um RFG de 0.2±0.4 (8.9%) e um REI de 0.1± 0.6. Os três grupos demonstram uma elevada concordância através da análise de clusters (96.6%). Comparando o grupo LCC com o HCC, foi demonstrado que o 1º grupo tem 5 vezes mais possibilidades de melhorar > 20 pontos no IB (OR = 4.68, 95%CI = 2.54 – 8.63, p<0.001), 4 vezes mais possibilidade de recuperar mais de 60% da capacidade funcional perdida com o AVC (OR = 4.42, 95%CI = 1.81–10.75, p = 0.001) e 8 vezes mais possibilidade de ter uma maior eficiência da reabilitação (OR = 7.88, 95% CI = 3.65–17.03, p<0.001). Depois de comparar o grupo MCN com o HCC, o 1º tem 3 vezes mais possibilidade de melhorar > 20 pontos no IB (OR = 3.0 95%CI = 1.52–5.87), p = 0.001, e de recuperar mais do que 60% da capacidade funcional perdida (OR = 3.45, 95%CI = 1.31–9.04, p = 0.012), e 4 vezes mais hipóteses de ter uma reabilitação mais eficiente (OR = 3.87, 95%CI = 1.69 – 8.89, p = 0.001). Na comparação do grupo LCC com o MCN apenas foi encontrada diferença apenas no nº de dias de internamento. Necessitando o 2º grupo de mais dias de internamento.	O grupo de “baixa complexidade” apresentou a maior média de melhoria funcional (AFG) e de ganho funcional relativo (RFG). As diferenças nas médias relativas aos <i>functional outcomes</i> entre o grupo de “baixa complexidade” e de “elevada complexidade” foi estatisticamente significativo. A média da eficiência da reabilitação foi maior no grupo de “baixa complexidade” e mais baixo no de “elevada complexidade”.
Patel et al., (2017)	Avaliar a relação entre as mudanças na mobilidade funcional e fatores como a idade, género entre clientes vítimas de trauma, internados num serviço com cuidados de reabilitação.	MIF (AFG) (n= 330)	Em média o score da MIF na admissão e na alta foi de 70.7 e 90.4 respetivamente, com <i>outcomes</i> (ganhos-MIF) de 19.7. Sem considerar o maior período de internamento e a maior gravidade da lesão, o grupo com <65 anos tem scores de admissão e alta significativamente maiores, e uma maior melhoria nos scores da MIF durante a reabilitação relativamente ao grupo com ≥ 65 anos. A melhoria da funcionalidade durante a reabilitação foi 6.34 (p ≤ 0.00) pontos mais baixos em clientes com ≥ 65 anos de idade relativamente aos clientes com < 65 anos, enquanto um aumento de uma unidade nos scores da MIF de admissão foi associado a uma redução de 0,36 (p ≤ 0,00) nos ganhos funcionais realizados pelos clientes durante o internamento no serviço de reabilitação. Não foi encontrada relação do Género com os ganhos funcionais obtidos.	Clientes com < 65 anos têm uma maior melhoria nos scores ganhos-MIF relativamente aos clientes com ≥ 65 anos. Além da idade, clientes com um maior score de admissão da MIF, têm menos melhorias em termos de score de ganhos funcionais (ganhos-MIF). Relativamente ao género não foram notadas diferenças.

ANEXO A5- Tabela 1 Resumo dos Estudos Portugueses

Autores e Ano de Publicação	Objetivos	Instrumentos de Colheita de Dados e Amostra	Principais Resultados	Principais Conclusões
Ricardo (2012)	Verificar a evolução do grau de dependência dos doentes vítimas de AVC internados na Unidade de AVC da ULSNE (Unidade Local de Saúde do Nordeste) e após a alta (até à consulta de vasculares) de Janeiro de 2010 a Setembro de 2011.	IB (n=219)	A média de idades verificada foi de 75 anos, com 54,8% de doentes do sexo masculino. O diagnóstico com maior relevância foi o TACI (<i>Total Anterior Circulation Infarct</i>) (16,9%) e o LACI (<i>Lacunar Anterior Circulation Infarct</i>) (15,5%). Na admissão, 42% dos doentes eram dependentes totais; na alta, este valor diminuiu para 16,4% e na consulta para 12,3%. No momento da admissão os autónomos eram 3,7%, valor que aumentou para 19,2% na alta e 31,5% na consulta. Ao 5º dia, a avaliação do grau de dependência revelou que a percentagem de dependentes totais diminuiu para 25,2%, notando-se uma evolução funcional dos doentes.	O aumento da idade influencia diretamente o grau de dependência no momento da consulta. Existe evolução funcional nos doentes, no período de internamento e esta segue a mesma tendência desde a alta até à consulta.
Ferreira (2015)	Avaliar a evolução funcional do doente internado numa Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e identificar alguns fatores Sociodemográficos e clínicos que interferem na evolução da sua independência funcional.	IB (n= 41)	A amostra deste estudo é maioritariamente do sexo feminino (56,10%), verificando-se que 41,47% da população tem idade igual ou superior a 85 anos. Destacam-se três tipos de patologias mais frequentes, as respeitantes às doenças do aparelho circulatório (31,70%), seguido das lesões, e outras doenças de causa externa (21,95%) e das doenças do aparelho respiratório (14,63%). Nestes grupos destacam-se, nas doenças do aparelho circulatório, o AVC, com 8 casos em n=13. O IB, no momento da admissão, teve uma pontuação média de 35,24, correspondendo, a um nível, de dependência severa. No momento da alta esta pontuação média sobe na escala para 47,20, localizando-se assim em termos de classificação, no nível seguinte de maior independência e que corresponde a uma dependência moderada.	Constatou-se uma evolução funcional estatisticamente significativa, entre o momento de admissão e o momento de alta. Porém, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à evolução funcional de acordo com o sexo, a idade e o estado cognitivo.

ANEXO A6- Tabela 2 Resumo dos Estudos Portugueses

Autores e Ano de Publicação	Objetivos	Instrumentos de Colheita de Dados e Amostra	Principais Resultados	Principais Conclusões
Salselas (2016)	Analisar os ganhos em independência funcional no doente que sofreu AVC internado em UAVC, considerando a diferença no Índice de Barthel entre a admissão e a alta e desde a alta até à primeira consulta, entre 2010 e 2014	IB (\approx REI) (n=483)	Nos 483 doentes estudados, a idade mediana é 76 anos, 59,0% são homens, 84,3% têm AVC isquémico e 30,6% foram para o domicílio após a alta. A independência funcional por dia aumentou nos anos mais recentes, particularmente em 2013 em que este parâmetro aumentou 1,164 pontos (com IC95%: 0,192 e 2,135; p=0,019) em comparação com 2010. Também o diagnóstico influenciou os ganhos diários em independência funcional, com LACI e PACI (<i>Posterior Anterior Circulation Infarct</i>), apresentando um aumento estatisticamente significativo de 1,372 pontos (IC95%: 0,324 e 2,421; p=0,010) e de 1,275 pontos (IC95%: 0,037 e 2,514; p=0,044). Relativamente à independência funcional por semana, idades mais avançadas e <i>score</i> elevado do IB na alta estão associados a menos ganhos por semana (p<0,001 e p=0,002). Também o destino após alta influencia os ganhos por semana, doentes encaminhados para unidades de convalescença apresentam ganhos de 1,289 pontos (IC95%: 0,661 e 1,917; p <0,001) em comparação com os doentes que foram para o domicílio.	Houve melhoria na evolução funcional entre a admissão e a alta dos doentes em anos mais recentes sugerindo melhorias nas unidades de AVC. Atenção particular deve ser dada a estes doentes após a alta, particularmente nos de idade mais avançada
Monteiro (2018)	Análise casuística do internamento no serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Geral de Santo António e respetivos ganhos funcionais obtidos através da utilização de 3 escalas de.	IB, MIF e <i>Spinal Cord Injury Measure</i> (n= 124)	A média de idades foi de $61,4 \pm 17,8$ anos, sendo que 56,5% eram do sexo masculino. Maioritariamente, as lesões encefálicas e as medulares foram aquelas que se apresentaram em maior numero no internamento. O tempo de internamento foi, em média, de $34,6 \pm 26,4$ dias. Nenhum dos fatores testados demonstrou uma influência estatisticamente significativa nos resultados obtidos à data de alta dos doentes (p>0,05). Verifica-se que a existência de intercorrências infecciosas aumenta significativamente (p<0,05) o tempo de internamento. Por fim, a reabilitação mostrou-se efetiva ao impor uma melhoria significativa na função e qualidade de vida dos pacientes internados, uma vez que em todos os scores utilizados se verificou um aumento significativo na pontuação obtida à data da alta (p<0,05).	Todos os parâmetros apresentaram resultados positivos ao fim do internamento, o que reforça a boa política reabilitativa do serviço. O fato da idade não ser um fator com influência nos <i>outcomes</i> deve ser tido em consideração na seleção de candidatos ao tratamento num hospital de agudos. Especial atenção deve, também, dada às intercorrências infecciosas registadas, uma vez que influenciam negativamente o tempo de internamento, atrasando o processo reabilitativo e complicando a gestão do internamento.

ANEXO B – Folha de Informação ao Participante



Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização

Grupo de Investigadores: Mestrandos de Enfermagem de Reabilitação 2018-2019

Investigadora Responsável: Prof. Doutora Bruna Gouveia

Contacto telefónico: 291 743 444

E-mail: turma.mer2018@gmail.com; bgouveia@esesjcluny.pt

Folha de Informação ao Participante

Foi-lhe pedido para participar num estudo de investigação na área da Enfermagem de Reabilitação desenvolvido no âmbito de um Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

A sua participação neste projeto significa que informação sobre a sua saúde em geral e os cuidados de enfermagem de reabilitação de que é alvo será recolhida e analisada.

Qual é o Objectivo deste Estudo?

Esta pesquisa tem como objetivo descrever a enfermagem de reabilitação na RAM, no que se refere aos enfermeiros de reabilitação, aos cuidados, aos clientes e aos cuidadores informais.

Particularmente no que respeita ao Cliente dos cuidados de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pretende-se caracterizar variáveis como: o nível de independência, qualidade de vida, atividade física, dependência dos cuidados de reabilitação, satisfação, preparação para a alta, equilíbrio, força e capacidade aeróbica.

O que é que este estudo envolve?

No que respeita ao cliente alvo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, este estudo envolve a recolha de dados através de entrevista e avaliações clínicas simples (como a avaliação da força, equilíbrio, frequência cardíaca e outras). No que se refere aos cuidadores, a recolha dos dados será através de questionário de auto-preenchimento.

Onde decorrerão as atividades deste estudo?

Decorrerão nos Hospitais, Centro de Saúde e Unidades de Internamento de Rede do SESARAM, E.P.E, que constituam locais de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

A quem é pedido para participar?

Foi-lhe pedido para participar neste estudo porque tem idade superior a 18 anos, é alvo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação no serviço de saúde público ou é cuidador informal.

A pesquisa envolverá todos os Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que prestam cuidados de enfermagem no serviço de saúde público, assim como, muitas pessoas alvo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, voluntários residentes na Região Autónoma da Madeira.

Existem risco nesta participação?

Não. Todas as avaliações são coerentes com a normal abordagem de enfermagem de reabilitação, pelo que não acresce risco para o cliente. Os testes físicos realizados serão de baixa a moderada intensidade, equiparando-se ao nível de esforço necessário para o desempenho das suas actividades de vida diárias, pelo que não se prevê que a inclusão neste estudo acrescente risco para a sua saúde.

Existem benefícios por participar?

Todos os participantes do estudo irão beneficiar de uma avaliação em aspetos relevantes para a reabilitação no âmbito deste projeto, com resultados úteis para a prestação dos cuidados pelos enfermeiros especialistas em reabilitação.

Futuramente, a informação obtida neste estudo irá beneficiar outros clientes dos cuidados de enfermagem de Reabilitação, permitindo o delineamento de intervenções mais eficazes.

Quem terá acesso à minha informação?

Não será utilizado o seu nome em nenhum documento, mas sim um número de identificação atribuído a cada participante por ordem de inscrição.

Os dados de identificação dos participantes serão apenas do conhecimento da investigadora responsável e do participante, sendo esta informação destruída após a conclusão do estudo e o encaminhamento dos participantes para os recursos de saúde necessários.

A sua informação pessoal será sempre confidencial e só poderá ser revelada se solicitada pelas vias legais.

Está prevista a publicação dos resultados deste estudo no futuro, mas a sua identidade não será divulgada.

Quais serão as condições de privacidade?

Todas as avaliações individuais serão realizadas num ambiente particular, garantindo as condições de privacidade.

Existem custos envolvidos?

Por participar neste estudo não terá a seu cargo despesas adicionais, além das já previstas para a deslocação ao local onde é alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Todos os outros custos serão atribuídos aos investigadores.

Que tempo terei de despende?

Ao participar neste estudo, ser-lhe-á pedido para despende o tempo para um momento de avaliação (com fraccionamento e marcação de acordo com a sua disponibilidade), com a duração máxima de 1 hora.

Quais são os meus direitos?

Antes de decidir participar neste estudo, será informado individualmente da natureza, dos fins, dos procedimentos e das metodologias, da identidade e contactos da investigadora responsável, das condições, benefícios, riscos e custos inerentes à sua participação. Ser-lhe-ão explicados todos os procedimentos, razões e efeitos decorrentes. Antes de tomar a sua decisão terá direito a esclarecer as suas dúvidas e pedir a opinião de terceiros. Receberá este documento assinado pelos investigadores responsáveis.

Se recusar ou desistir da sua participação neste estudo, em qualquer momento, não irá sofrer qualquer dano ou prejuízo futuro, nem perder nenhum direito de saúde ou legal.

A quem posso contactar se tiver alguma questão ou preocupação?

Se tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante, pode contactar a Investigadora principal ou o Investigador responsável pela aplicação dos questionários, através dos contactos acima descritos ou na morada institucional (Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny).

Os investigadores comprometem-se a disponibilizar-se para responder a qualquer dúvida e a respeitar os princípios éticos que regulam o exercício da profissão de enfermagem, durante todo este processo de investigação.

O Investigador Responsável

Data: _____

ANEXO C – Ofício à Presidente do Conselho de Administração do SESARAM



Exma. Senhora
Presidente do Conselho de Administração
do Serviço de Saúde da Região
Autónoma da Madeira, E.P.E.
Dra. Tomásia Alves
Av. Luís de Camões, 57
9004-514 FUNCHAL

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projeto de investigação

Nome do Investigador Principal: Bruna Raquel Figueira Ornelas de Gouveia, Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny

Título do projeto de investigação: Enfermagem de Reabilitação na RAM. Um estudo de Caracterização

Pretendendo-se realizar nos Serviços Hospitalares, de Cuidados de saúde Primários e Rede de Cuidados Continuados, com Enfermeiros Especialistas em Reabilitação, do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – EPE (SESARAM, E.P.E.) o estudo/projeto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no procedimento de Submissão de Projetos de Investigação da Comissão de Ética do SESARAM, E.P.E.

Com os melhores cumprimentos.

Funchal, 2 de maio de 2019

O Investigador/Promotor

E-mail: bgouveia@esesjcluny.pt

Telf/Telm: 291 743 444/963344643

Rampa da Quinta de Sant'Ana, 22 - 9050-535 Funchal - 291 743444 - geral@esesjcluny.pt - www.esesjcluny.pt

ANEXO D - Projeto de Investigação de Grupo



Resumo do Projeto

Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização

Investigadora Responsável: Prof. Doutora Bruna Gouveia

Grupo de Investigadores: Mestrandos de Enfermagem de Reabilitação 2018-2019

E-mail: bgouveia@esesjcluny.pt; turma.mer2018@gmail.com.

2.4. População

Neste estudo, será a alvo a população de Enfermeiros Especialistas em Reabilitação a desempenhar funções no Serviço de saúde da RAM (SESARAM, E.P.E.) e todos os clientes dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, à data da avaliação. A identificação dos clientes e cuidadores será feita por referência de cada enfermeiro especialista em reabilitação (lista de clientes em seguimento, à data da avaliação).

2.5. Procedimentos na recolha de dados

A recolha dos dados será feita maioritariamente através de questionários, correspondentes a instrumentos validados para a população portuguesa. Destes instrumentos, alguns serão de autopreenchimento (no caso dos dirigidos aos enfermeiros especialistas e cuidadores) e outros serão preenchidos pelos investigadores (no caso dos questionários e avaliações diretas realizados aos clientes). Algumas avaliações de natureza clínica serão efetuadas aos clientes, designadamente na avaliação do equilíbrio, força e capacidade aeróbica. Assinala-se, que estas constituem avaliações de rotina realizadas pelos enfermeiros de reabilitação na real prática de cuidados.

Esta colheita de dados será realizada por 21 Enfermeiros estudantes do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, que como tal estão sujeitos ao cumprimento dos princípios éticos previstos no seu código deontológico.

A recolha de dados está prevista ocorrer num período de 2 semanas, propondo-se o período a partir de 27/05/2019 e até 07/06/2019.

Neste estudo, toda a colheita de dados a clientes será coerente com uma normal abordagem de Enfermagem de Reabilitação, sendo garantidas as condições de privacidade e confidencialidade inerente. No caso dos enfermeiros especialistas participantes, a privacidade será também garantida no autopreenchimento dos questionários e a confidencialidade através da anonimização dos questionários. Ressalve-se que em todo o processo, o anonimato e a confidencialidade dos dados serão garantidos pelo recurso a um número de identificação (IDNR), atribuído a cada participante por ordem de inscrição para figurar depois isolado nos questionários/folhas de registo. Os contactos serão apenas mantidos em posse da investigadora para um possível relatório individual de cada avaliação, se assim o participante desejar, e o respetivo encaminhamento para os recursos de saúde pertinentes. Esta informação será destruída após conclusão do estudo e encaminhamento dos participantes.

Previamente à participação neste estudo, os potenciais participantes serão informados individualmente da natureza, dos fins, dos procedimentos e metodologias, da identidade e contactos dos investigadores e das condições inerentes à sua participação (Ver anexos: Folha de Informação ao Participante).

Após a informação do potencial participante, esclarecimento de dúvidas e validação da compreensão da mesma, será disponibilizada a folha de informação ao Participante assinada pelo investigador e o documento de

consentimento informado poderá ser assinado pelo mesmo e pelo participante (em duplicado), se assim este considerar.

O participante será também informado que poderá recusar ou desistir da sua participação, em qualquer momento, sem sofrer qualquer dano ou prejuízo (Ver anexos: Consentimento Informado).

2.6. Tratamento e análise dos dados

O processamento e análise de dados será realizado com recurso ao Software estatístico SPSS, durante o período entre 08/06/2019 até 29/06/2019. A análise estatística incluirá estatística descritiva simples e estatística inferencial.

2.7. Forma de divulgação dos resultados

Esta investigação prevê a elaboração dos trabalhos de dissertação dos Enfermeiros Mestrandos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. As referidas dissertações serão apresentadas à Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny e alvo de provas públicas com vista à obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação, a partir de 28/07/2019. Comunicações em contexto profissional ou em eventos científicos, assim como, os artigos em revistas da especialidade são outras formas de disseminação previstas.

ANEXO E- Ofício Parecer da Comissão de Ética para a Saúde e Comissão Científica



(CES & CCI do SESARAM, EPE)

PARECER nº 25/2019

Sobre o Pedido/Estudo:

"Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de caracterização." 31-7-19

*Autiz de
Tufema o prof
da decisão*

A – RELATÓRIO

A.1 A Comissão de Ética para a Saúde (CES) e a Comissão Científica para a Investigação (CCI) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM, EPE), analisou o documento N° 35 de 2019, pedido submetido pela **Profª Dra Bruna Ornelas de Gouveia**, coordenadora do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, para realização do trabalho de investigação **"Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de caracterização"**. Trata-se de um estudo no âmbito do mestrado em enfermagem de reabilitação, que pretende caracterizar e determinar os cuidados de enfermagem de reabilitação nos vários contextos da prática.

A.2 O documento em análise é constituído por: ofício enviado ao Conselho de Administração do SESARAM, EPE, (E1977746) datado de 08 de Maio de 2019, recebido na CES a 10 de Maio de 2019, que inclui questionário de submissão, projecto do estudo, exemplares dos instrumentos de colheita de dados, documentos de informação ao sujeito e de consentimento informado. Acresce informação da Direcção de Enfermagem datado de 24 de Maio de 2019 e email da proponente datado de 23 de Maio de 2019, que inclui alteração ao resumo do projecto, da folha do questionário com recolha de dados pessoais e folhas de informação e consentimento aos sujeitos. Anexado ainda email da proponente datado de 13 de Julho de 2019, que anexa nova alteração a folha de recolha de dados pessoais.

A.3 Trata-se de um estudo de aplicação de inquéritos e que pretende descrever a enfermagem de reabilitação na RAM no que respeita a variáveis associadas aos cuidados de enfermagem de reabilitação, aos clientes destes cuidados e aos enfermeiros de reabilitação. Pretende ainda analisar as relações entre variáveis associadas aos cuidados de enfermagem de reabilitação, aos clientes desses cuidados e aos enfermeiros de reabilitação, como por exemplo a independência e a cognição dos utentes, a actividade física e a independência, a nível de

comportamento dos enfermeiros e a satisfação. Os questionários serão aplicados pelos enfermeiros mestrados, sendo alguns de autopreenchimento e outros de preenchimento pelos investigadores, sendo as avaliações de natureza clínica efectuadas durante as avaliações de rotina realizadas pelos enfermeiros de reabilitação na real prática dos cuidados. São questionários dependentes do contexto (hospital, centros de saúde ou rede) e do alvo (profissional e cliente ou cuidador), sendo a população alvo os enfermeiros especialistas em reabilitação a desempenhar funções no SESARAM, e todos os clientes dos cuidados desses enfermeiros. A identificação dos clientes e cuidadores será feita por referência de cada enfermeiro especialista em reabilitação, sendo estes a indicar ao enfermeiro mestrado potenciais participantes no estudo. O participante tem a opção de receber os resultados dos inquéritos, sendo para o efeito solicitado alguns dados pessoais mínimos para contacto.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1 Serão salvaguardados ao longo do estudo, os princípios éticos relativos ao mesmo, nomeadamente no que se refere ao anonimato dos participantes.

B.2 Reconhece-se o interesse prático nos resultados, sendo que a metodologia utilizada salvaguarda o direito dos participantes.

C – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES CIENTÍFICAS

C.1 Serão salvaguardados os princípios básicos da investigação clínica, no que respeita a clareza de exposição dos objectivos e hipótese subjacente, interesse e inovação, metodologia e desenho do estudo.

C.2 Reconhece-se a validade científica e interesse prático do estudo proposto, cuja qualidade e rigor devem ser assegurados no decorrer da investigação.

D – CONCLUSÃO

A CES/SESARAM, EPE deliberou emitir **Parecer Favorável** por não se colocarem quaisquer questões de ordem ética.

A CCI/SESARAM, EPE decidiu emitir **Parecer Favorável** por estarem cumpridos os princípios básicos das Boas Práticas Clínicas na Investigação.

Aprovado em reunião do dia 22 de
Julho de 2019 da CES por
unanimidade.

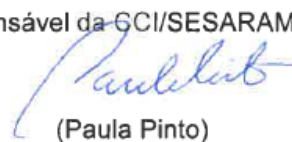
O presidente da CES/SESARAM, EPE



(Ricardo Santos)

Aprovado após avaliação pela CCI.

A responsável da CCI/SESARAM, EPE



(Paula Pinto)

ANEXO F – Documento de Consentimento Informado



Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um Estudo de Caracterização

Grupo de Investigadores: Mestrandos de Enfermagem de Reabilitação 2018-2019

Investigadora Responsável: Prof. Doutora Bruna Gouveia

Contacto telefónico: 291 743 444

E-mail: turma.mer2018@gmail.com; bgouveia@esesjcluny.pt

Consentimento Informado

Eu, abaixo-assinado _____, fui informado de que o estudo de investigação *Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização* tem por objetivo de descrever as características da Enfermagem de Reabilitação na Região Autónoma da Madeira.

Tomei conhecimento das avaliações a que me submeterei, tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus possíveis efeitos.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato. Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Li (ou foi-me lida) a informação mencionada na Folha de Informação ao Participante. Entendo o significado desta informação e as minhas perguntas foram satisfatoriamente respondidas.

Assim, estando informado(a) e compreendendo os termos de participação, eu aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e consinto no uso e divulgação dos resultados obtidos da informação anonimizada recolhida, no contexto académico e científico.

Afirmo que tive tempo suficiente para decidir sobre a participação neste estudo e que ficará em minha posse um documento assinado pelo investigador.

Assinatura do Participante: _____ **Data:** _____

Assinatura do Investigador: _____ **Data:** _____

Participante: Cliente de Enfermagem de Reabilitação

